



RECUEIL
DES ACTES
ADMINISTRATIFS
DU
DEPARTEMENT

(Tome III)

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

Réunion du 25 novembre 2019

**DELIBERATIONS
(n^{os} 19.CP.VIII.1 à 19.CP.VIII.21)
(1^{er} recueil)**

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Réunion du 25 novembre 2019

**

PRESENTS :

M. PEIRO, Président du Conseil départemental,

Vice-présidents,

MM. AUZOU,
BAZINET,
BOURDEAU,
DROIN,
LOTTERIE,
NADAL.

Mmes ANGLARD,
BORDES,
BOUCAUD,
LABARTHE,
LANGLADE,
SEDAN,
VARAILLAS.

Membres,

MM. BOIDÉ,
BOUSQUET,
DELMARÈS,
MAGNE,
MERILLOU,
PROTANO,
TEILLAC.

Mmes CHEVALLIER,
DE ALMEIDA,
HUTH,
NEVERS,
PISTOLOZZI,
VEYSSIÈRE M-R.

ABSENTS EXCUSÉS :

Mme Sylvie CHEVALLIER donne pouvoir à Mme Corinne DE ALMEIDA de 9h45 à 10h10 (délibérations n^{os} 1 à 14) ;
Mme Colette LANGLADE donne pouvoir à Mme Cécile LABARTHE de 10h20 à 11h30 (délibérations n^{os} 30 à 66) ;
Mme Mireille BORDES donne pouvoir à Mme Annie SEDAN de 11h10 à 11h30 (délibérations n^{os} 47 à 66) ;
Mme Christelle BOUCAUD donne pouvoir à Mme Brigitte PISTOLOZZI de 11h10 à 11h30 (délibérations n^{os} 47 à 66) ;
M. Jeannik NADAL donne pouvoir à M. Didier BAZINET de 11h10 à 11h30 (délibérations n^{os} 47 à 66) ;
M. Pascal BOURDEAU donne pouvoir à Mme Juliette NEVERS de 11h15 à 11h30 (délibérations n^{os} 48 à 66) ;
M. Serge MERILLOU donne pouvoir à M. Jean-Fred DROIN de 11h15 à 11h30 (délibération n^o 48 à 66) ;
M. Frédéric DELMARÈS donne pouvoir à M. Christian TEILLAC de 11h20 à 11h30 (délibérations n^{os} 51 à 66) ;
M. Jean-Paul LOTTERIE donne pouvoir à M. Jean-Michel MAGNE de 11h25 à 11h30 (délibérations n^{os} 57 à 66) ;
M. Armand ZACCARON donne pouvoir à Mme Marie-Claude VARAILLAS de 9h45 à 11h30 (délibérations n^{os} 1 à 66) ;
M. Jacques AUZOU n'a pas donné pouvoir de 11h15 à 11h30 (délibérations n^{os} 48 à 66) ;
M. Dominique BOUSQUET n'a pas donné pouvoir de 9h45 à 10h10 (délibérations n^{os} 1 à 14) ;
Mme Elisabeth MARTY donne pouvoir à M. Dominique BOUSQUET de 10h10 à 11h30 (délibérations n^{os} 15 à 66) ;
M. Adib BENFEDDOUL donne pouvoir à M. Thierry BOIDÉ de 9h45 à 11h30 (délibérations n^{os} 1 à 66) ;
Mme Natacha MAYAUD donne pouvoir à M. Pascal PROTANO de 9h45 à 11h30 (délibérations n^{os} 1 à 66) ;
Mme Joëlle HUTH n'a pas donné pouvoir de 9h45 à 10h15 (délibérations n^{os} 1 à 20).

ASSISTENT à la SEANCE :

M. LAJUGIE,
Mme MARSAT.

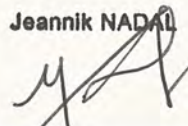
La séance est ouverte à 9h45 et levée à 11h30.

**

La date de la prochaine réunion de la Commission Permanente du Conseil départemental est fixée le lundi 16 décembre 2019 à 9h30.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics.

Jeannik NADAL



ORDRE DU JOUR

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Réunion du 25 novembre 2019

ORDRE DU JOUR

Economie et emploi (Mme LANGLADE)

- 1) Actions générales d'animation économique. Attribution de subventions aux entreprises du secteur de l'agroalimentaire et du bois. Avenant n° 1 à la convention entre le Département de la Dordogne et la Communauté de communes du Pays de Fénelon. Annulation de l'avenant n° 1 approuvé par délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019. Approbation d'un nouvel avenant.

Finances, administration générale, marchés publics (M. NADAL)

- 2) Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets"). Validation des projets départementaux d'investissement structurant.
- 3) Unité Territoriale de RIBERAC - Centre Médico-Social de TOCANE-SAINT-APRE. Avenant n° 1 à la convention de mise à disposition de locaux communaux situés au 2, Place Saint-Apre à TOCANE-SAINT-APRE.
- 4) Site départemental de LA JEMAYE. Accord du Département de la Dordogne pour procéder à la vente de bois de gré à gré aux Etablissements SOTRA-LBE selon les termes de la consultation organisée par l'Office National des Forêts (ONF).
- 5) Equipement Numérique des Collèges départementaux. Dotations 2019.
- 6) Avenant n° 1 à la convention de programmation et de suivi des déploiements FttH (fibre optique jusqu'à l'abonné - Fiber to the Home).

Insertion, économie sociale et solidaire, enfance et famille, fonds européens (Mme BORDES)

- 7) Plan Précarité Pauvreté. Avenant n° 2 à la convention d'appui à la lutte contre la précarité et d'accès à l'emploi.
- 8) Conventions avec les ateliers chantiers d'insertion en faveur de l'insertion socioprofessionnelle des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).
- 9) Convention avec l'Association Père Le Bideau (APLB) Cadillac Formation "Chantier Nouvelle Chance" au profit des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).
- 10) Convention avec l'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24) pour la location de deux et quatre roues en faveur de la mobilité de jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

ORDRE DU JOUR

- 11) Charte Qualité pour les Maisons d'Assistants Maternels (MAM). Modification de la Charte approuvée par délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.II.24 du 10 avril 2017.
- 12) Frais de garde durant la formation obligatoire des Assistants(es) Maternels(les) et Familiaux(les).
- 13) Organisation d'une mission à SARRION en Espagne du 12 au 15 décembre 2019.
- 14) Soutien aux initiatives locales en matière de solidarité et de mobilité des jeunes à l'international. Attribution de subvention et intervention de conventions. Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.19 du 13 mai 2019.

Routes (M. AUZOU)

- 15) Vente de véhicules, engins et matériels du Parc départemental.
- 16) Vente de matériel réformé destiné à l'entretien des espaces verts départementaux.
- 17) Transactions foncières sur le territoire des Communes de BERGERAC et de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC.

Personnes âgées et personnes handicapées (Mme SEDAN)

- 18) Subvention de fonctionnement à une Association à caractère social.
- 19) Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- 20) Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Annexes Plans Pluriannuels d'Investissements (PPI).
- 21) Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en vue d'un financement complémentaire des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Education (Mme NEVERS)

- 22) Bourses départementales aux collégiens. Année scolaire 2019-2020. 1ère répartition.
- 23) Attribution de bourse d'aide à la mobilité des stagiaires en médecine générale et des chefs de clinique en Dordogne.
- 24) Attribution de prêts d'honneur aux étudiants de l'enseignement supérieur. 2ème répartition 2019. Année universitaire 2019-2020.
- 25) Attribution de Bourses ERASMUS 24. Année scolaire 2019-2020. 1er contingent.
- 26) Attribution de bourses de séjour 2019.

ORDRE DU JOUR

- 27) Attribution de bourses de voyage dans le cadre de voyage hors appariement organisés par des Etablissements publics. 4ème répartition.
- 28) Subventions en faveur des échanges scolaires internationaux avec appariement. 5ème répartition.
- 29) Classes de découverte organisées par des Etablissements publics. 7ème répartition.
- 30) Classes de découverte organisées par des Organismes de droit privé. 7ème répartition.
- 31) Subventions aux Collèges publics dans le cadre du dispositif "Minjatz Gojats!". 3ème répartition.
- 32) Crédits de fonctionnement des Collèges publics. Attribution de dotations complémentaires.
- 33) Convention d'utilisation des locaux du Collège Léonce Bourliaguet de THIVIERS par le Centre d'Incendie et de Secours de THIVIERS.
- 34) Conventions d'occupation de logement à titre précaire dans les collèges pour l'année scolaire 2019-2020. 4ème attribution.

Solidarités territoriales et développement local (Mme LABARTHE)

- 35) Séisme du 11 novembre 2019. Attribution d'une aide exceptionnelle à la Commune de LE TEIL - Ardèche.
- 36) Fonds d'Équipement des Communes (FEC) de moins de 1.500 habitants. 1ère répartition.
- 37) Politique des Solidarités Territoriales. Programmation des avenants aux Contrats de Projets Communaux pour la période 2016-2020. Cantons de MONTPON-MENESTEROL, SARLAT-LA-CANEDA, COULOUNIEIX-CHAMIERS, RIBERAC et du PERIGORD CENTRAL.
- 38) Politique des Solidarités Territoriales. Programmation des Contrats de Projets Territoriaux pour la période 2016-2020. - Communauté de communes du Pays de Saint-Aulaye. - Communauté de communes Isle Vern Salembre. Modification sur la Communauté de communes Sarlat Périgord Noir.

Transition écologique, mobilité et développement durable (M. BOURDEAU)

- 39) Education à l'environnement et amélioration de la connaissance du milieu naturel. Attribution d'une subvention et intervention d'une convention avec l'Association Vergt Patrimoine.

Jeunesse et sports (Mme BOUCAUD)

- 40) Attribution de subventions au mouvement sportif avec intervention de convention et d'avenants.
- 41) Direction des Sports et de la Jeunesse. Développement des activités physiques et sportives. Attribution de subventions.
- 42) Direction des Sports et de la Jeunesse. Subventions aux Sections sportives scolaires.

ORDRE DU JOUR

- 43) Direction des Sports et de la Jeunesse. Convention de partenariat pour le fonctionnement de la Section sportive scolaire rugby du Collège Yvon Delbos de MONTIGNAC.

Agriculture, forêt et aménagement rural (M. BAZINET)

- 44) Attribution de subventions aux Associations agricoles.
- 45) Attribution de subvention au Centre de Recherche et d'Expérimentation Ovine SICA CREO.
- 46) Programme départemental CUMA FEADER 2014-2020. Sous-Mesure 4.1.C "Investissements dans les exploitations agricoles en CUMA". Attribution de subventions.
- 47) Soutien aux investissements dans les exploitations agricoles. Attribution de subventions. Mise en œuvre de la convention entre le Département de la Dordogne et l'Association Périgord Elevage Energies (PEE). Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IV.60 du 17 juin 2019.
- 48) Echanges amiables - Opération expérimentale de lutte contre la Tuberculose Bovine.
- 49) Travaux connexes à l'aménagement foncier, agricole, forestier et environnemental des Communes de SAINT GEORGES DE BLANCANEIX et VAUNAC. Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VI.54 du 9 septembre 2019.

Culture et langue occitane (Mme ANGLARD)

- 50) Affaires culturelles. Attribution de subventions avec intervention de convention et d'avenant.
- 51) Fonds de soutien à la production cinématographique et audiovisuelle. Convention d'application financière au titre de l'Exercice budgétaire 2019 de la convention de coopération pour le cinéma et l'image animée 2017-2019.
- 52) Formation du réseau départemental de lecture publique. Convention de partenariat entre le Département et le CCAS/Centre Social & Culturel - Le Forum@ de Marsac-sur-l'Isle au titre de la formation "Animer des Ateliers Multimédias".
- 53) Convention entre le Département et l'Association 3S pour la collecte, le traitement et la valorisation des ouvrages pilonnés.
- 54) Direction des Archives départementales. Vente d'ouvrages déclassés les 8, 9 et 10 décembre 2019.
- 55) Avenant n° 1 à la convention de création d'un Groupement de commandes pour la fourniture de ressources numériques au sein de la Médiathèque numérique départementale.
- 56) Avenant à la convention d'étude et de dépôt de mobilier céramique.

ORDRE DU JOUR

Tourisme et promotion du Périgord (M. DROIN)

- 57) Subvention à l'Agence de Développement et de Réservation Touristiques de la Charente "Charente Tourisme" (ADT 16). Intervention de convention.
- 58) Convention de partenariat avec l'Aéroport de Brive Vallée de la Dordogne. Année 2019. Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VII.66 du 14 octobre 2019.

Logement (Mme VARAILLAS)

- 59) Politique Départementale de l'Habitat. Délégation de compétence en matière d'aide à la pierre 2018-2023. Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IV.78 du 17 juin 2019. Attribution d'agréments.
- 60) Politique Départementale de l'Habitat. Convention d'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat de Revitalisation Rurale (OPAH - RR) des Communautés de communes Vallée Dordogne et Forêt Bessède, Domme Villefranche et Pays de Fénélon pour la période 2020-2024.
- 61) Politique Départementale de l'Habitat. Aide à l'amélioration de l'habitat pour les Propriétaires Occupants. Modifications et annulations de Décisions Attributives de Subvention (DAS) et de délibérations de Commissions Permanentes.
- 62) Politique Départementale de l'Habitat. Demande de prorogation du délai de commencement d'exécution des travaux de plusieurs opérations de GRAND PERIGUEUX HABITAT au titre de la Délégation des aides à la pierre.
- 63) Conventions pour le financement du Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) entre le Département de la Dordogne et les bailleurs sociaux. Année 2019.
- 64) Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL). Convention biennale relative à l'Auto-Réhabilitation Accompagnée itinérante (ARA) entre le Département de la Dordogne et l'Association des Compagnons Bâisseurs de Nouvelle-Aquitaine (CBNA).
- 65) Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL). Avenant n° 1 à la convention relative au financement de l'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) entre le Département de la Dordogne et l'Association Périgourdine d'Action et de Recherche sur l'Exclusion (APARE). Année 2019.
- 66) Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL). Avenant n° 1 à la convention relative au financement de l'Accompagnement Social Lié au Logement (ASLL) entre le Département de la Dordogne et l'Association de Soutien de la Dordogne (ASD). Année 2019.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.1

Actions générales d'animation économique.

Attribution de subventions aux entreprises du secteur de l'agroalimentaire et du bois.

Avenant n° 1 à la convention entre le Département de la Dordogne
et la Communauté de communes du Pays de Fénélon.

Annulation de l'avenant n° 1 approuvé par délibération de la Commission Permanente
n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019. Approbation d'un nouvel avenant.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BODÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BODÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Colette LANGLADE

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.1

Actions générales d'animation économique.

Attribution de subventions aux entreprises du secteur de l'agroalimentaire et du bois.

Avenant n° 1 à la convention entre le Département de la Dordogne
et la Communauté de communes du Pays de Fénelon.

Annulation de l'avenant n° 1 approuvé par délibération de la Commission Permanente
n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019. Approbation d'un nouvel avenant.

Section : INVESTISSEMENT	DEPENSES
Imputation : 906 / 632 / 20421.62 / 0 / 2019 / ECO	
Autorisation de programme votée	: 1 010 000,00€
Décision : Affectation N° : 2019 13601 1	: 74 715,86€
Autorisation de programme disponible après la Com.Perm ^{te} .	: 116 012,15€

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil régional n° 2017.1464.CP en date du 10 juillet 2017 relative aux Conventions entre la Région Nouvelle-Aquitaine et les Départements de la Gironde, de la Dordogne, des Landes, des Pyrénées-Atlantiques, de la Vienne et de la Haute-Vienne, en matière de développement économique pour les secteurs de l'agriculture (dont la pêche et l'aquaculture), de la forêt et de l'agroalimentaire,

VU les délibérations du Conseil départemental n° 15-206 du 2 avril 2015, n° 16-270 a) du 23 juin 2016, n° 18-19 du 9 février 2018, n° 18-162 du 26 juin 2018, n° 19-19 du 8 février 2019, n° 19-179 du 25 juin 2019 et n° 19-261 du 15 novembre 2019,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.V.5 du 17 juillet 2017 relative à la Convention entre la Région Nouvelle-Aquitaine et le Département de la Dordogne en matière de développement économique pour les secteurs de l'agriculture dont la pêche et l'aquaculture, de la forêt et de l'agroalimentaire,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019,

VU la convention signée le 24 janvier 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

AFFECTE au chapitre 906, article fonctionnel 632, nature 20421.62, une autorisation de programme d'un montant total de 74.715,86 € dans le cadre du soutien aux entreprises des secteurs de l'agroalimentaire et du bois pour la réalisation d'investissements matériels.

ALLOUE une subvention d'un montant total de 74.715,86 € à répartir entre les Entreprises bénéficiaires figurant sur la liste ci-annexée (Annexe I).

VALIDE la liste des Bénéficiaires ci-annexée.

APPROUVE la convention ci-annexée (Annexe II) à intervenir entre le Département de la Dordogne et la SAS LA TABLE D'EUGENIE à Chancelade.

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

Une Décision Attributive de Subvention (DAS) sera établie pour chaque Bénéficiaire dont le montant de la subvention est inférieur à 23.000 €.

Les dépenses seront éligibles à partir de la date d'accusé de réception du dossier, conformément au détail figurant dans le tableau annexé à la présente délibération.

APPROUVE l'avenant n° 1 à la convention entre le Département de la Dordogne et la Communauté de communes du Pays de Fénelon modifiant le montant maximum de l'aide affectée au Porteur de projet dans le cadre de l'Opération Collective en Milieu Rural du Pays du Périgord Noir (OCMR PPN) (Annexe III).

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

ANNULE l'avenant n° 1 approuvé par délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019.

APPROUVE le nouvel avenant n° 1, ci-annexé à intervenir entre le Département de la Dordogne et le Syndicat Mixte du Pays de l'Isle en Périgord, (Annexe IV),

- portant la participation du Département à un montant de 120.000 €, soit un complément de 45.000 € pour l'Opération Collective en Milieu Rural (OCMR) du Pays de l'Isle en Périgord (PIP), pour les aides directes destinées aux commerçants et artisans des secteurs de l'agroalimentaire, du bois et de la pêche,
- modifiant l'assiette éligible pour le calcul de l'aide apportée au porteur de projet qui sera comprise entre 4.000 € et 40.000 €.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics.



SOUTIEN AUX INVESTISSEMENTS POUR LES ENTREPRISES
DU SECTEUR DE L'AGROALIMENTAIRE ET DU BOIS.

	RAISON SOCIALE	ADRESSE	CP	COMMUNE	CANTON	DATE DEPOT DOSSIER	SECTEUR ACTIVITE	PROJET	MONTANT DU PROGRAMME HT (€)	ASSIETTE ELIGIBLE RETENUE (€)	TAUX (%) (arrondi)	AIDE CD24 (€)
Imputation 906 – 632 – 20421.62												
1	SAS LA TABLE D'EUGENIE / AU TEMPS D'EUGENIE	55, Route de Ribérac	24650	Chancelade	Coulounieix-Chamiers	17/10/2019	Confitures artisanales	Acquisition équipement de production pour nouveau site à Coulounieix-Chamiers	100.122,49 €	98.310,99 €	25%	24.578 €
2	SARL BRASSERIE LA NOVE	Avenue Aristide Briand	24100	Bergerac	Bergerac 1	10/10/2019	Brasserie artisanale	Acquisition de matériel	170.647 €	151.449 €	3,5%	5.300 €
3	SARL Scierie Exploitation Forestier CROUZET (SEFC)	Teyssonnière	24580	Rouffignac St Cernin de Reilhac	Vallée de l'Homme	25/03/2019	Exploitation forestière	Acquisition de matériel développement de l'activité	249.149 €	49.149 €	30%	14.744 €
4	Entreprise Individuelle DELPIT Hervé	Belvédère	24390	La Chapelle Saint Jean	Haut Périgord Noir	06/05/2019	Menuiserie	Acquisition de matériel	25.378 €	25.378 €	25%	6.344,50 €
5	SARL B.L. EMBALLAGES	Rousty	24580	Rouffignac St Cernin de Reilhac	Vallée de l'Homme	24/10/2019	Fabrication de cagettes en bois destinées à l'alimentaire	Automatisation chaîne de production/acquisition de matériel	55.449,89 €	54.375,07€	25%	13.593,76 €
6	SAS METATRON	3, rue de la République	24260	Le Bugue	Vallée de l'Homme	03/10/2019	Restauration rapide Pâtisserie	OCMR PPN	61.670,17 €	56.773,44 €	11,13% (arrondi)	6.317,75 €
7	Entreprise Individuelle BOIS & BATIMENTS	Les Guignes	24620	Les Eyzies de Tayac	Vallée de l'Homme	03/10/2019	Charpente	OCMR PPN	30.258 €	28.071 €	13,67% (arrondi)	3.837,85 €
TOTAL											74.715,86 €	

Annexe II à la délibération n° 19.CP.VIII.1 du 25 novembre 2019.

CONVENTION

entre

LE DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE

et

la SAS LA TABLE D'EUGENIE à CHANCELADE

Pour la réalisation de :

Investissement matériel

pour le site de Coulounieix-Chamiers

Millésime	2019	Montant/Euros:	24.578 €
Imputation budgétaire:		906 632 20421.62	

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil régional n° 2017.1464.CP en date du 10 juillet 2017 relative aux Conventions entre la Région Nouvelle-Aquitaine et les Départements de la Gironde, de la Dordogne, des Landes, des Pyrénées-Atlantiques, de la Vienne et de la Haute-Vienne, en matière de développement économique pour les secteurs de l'agriculture (dont la pêche et l'aquaculture), de la forêt et de l'agroalimentaire,

VU les délibérations du Conseil départemental n° 15-206 du 2 avril 2015, n° 16-270 a) du 23 juin 2016, n° 19-19 du 8 février 2019, n° 19-179 du 25 juin 2019 et n° 19-261 du 15 novembre 2019,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.V.5 du 17 juillet 2017 relative à la Convention entre la Région Nouvelle-Aquitaine et le Département de la Dordogne en matière de développement économique pour les secteurs de l'agriculture dont la pêche et l'aquaculture, de la forêt et de l'agroalimentaire,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII..... en date du 25 novembre 2019,

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

ENTRE

Le Département de la Dordogne, (SIRET 222 400 012 00019) sis 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter la présente convention, en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII..... en date du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « Le Département »,
D'une part,

ET

La SAS LA TABLE D'EUGENIE (SIRET 394 733 968 00025) sise 55, Route de Ribérac à CHANCELADE (24650), représentée par (qualité).....,
(nom, prénom).....,

Ci-après désignée « l'Entreprise bénéficiaire »,
D'autre part.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1^{er} : OBJET

Dans le cadre de la procédure départementale d'aide aux entreprises du secteur de l'agroalimentaire, la présente convention a pour objet de définir les modalités d'attribution d'une subvention à la SAS LA TABLE D'EUGENIE pour la réalisation d'un investissement matériel destiné au site de Coulounieix-Chamiers.

Nature de l'opération	Montant du projet (HT)	Assiette éligible retenue	Subvention départementale	
			Taux	Montant
Acquisition de matériel pour développement d'activité	100.122,49 €	98.310,99 €	25 %	24.578 €

ARTICLE 2 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée de quatre ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis (date de validation de la subvention en Commission Permanente, soit le 25 novembre 2019).

ARTICLE 3 : CLAUSES DE PUBLICITE

Pour assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale, la SAS LA TABLE D'EUGENIE s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département de la Dordogne sur tous les documents d'informations et à apposer le logo du Conseil départemental de la Dordogne de manière visible auprès du public (Ci-joint l'autocollant du logo du Conseil départemental), pendant la durée de la présente convention (Cf. article 2).

ARTICLE 4 : CLAUSES FINANCIERES

La présente convention donnera lieu au paiement d'une subvention d'un montant maximum de 24.578 €.

Ce montant ne peut être révisable à la hausse. En outre, si le montant final des dépenses éligibles s'avérait inférieur à l'estimation initiale (article 1^{er}), le montant de la subvention sera réduit au prorata des dépenses réellement engagées et justifiées.

ARTICLE 5 : CONDITIONS D'UTILISATION DE LA SUBVENTION

Toute contribution inutilisée ou utilisée de manière non conforme à son objet doit être remboursée dans un délai de deux mois à compter de la réception du titre de recette émis par le Payeur départemental.

L'Entreprise bénéficiaire s'engage à ne pas tirer parti de l'aide attribuée pour pratiquer des prix anormalement bas et plus généralement à ne pas détourner la clientèle des entreprises concurrentes par l'octroi d'avantages anormaux par rapport à ceux consentis habituellement.

ARTICLE 6 : MODALITES DE PAIEMENT

La demande de paiement de la subvention se fera par le Maître d'ouvrage et selon son choix de la façon suivante :

- soit en un seul versement à la fin du programme ; la demande se fera au plus tard dans le délai prévu à l'article 2,
- soit en deux versements (acompte et solde) selon les modalités suivantes :
 - ◆ la demande d'un acompte d'un maximum de 50 % de la subvention devra être effectuée dans le délai de deux ans à compter de la date de signature de la présente convention par les parties,
 - ◆ la demande du solde de la subvention se fera au plus tard dans le délai prévu à l'article 2.

Les versements de ladite subvention interviendront sur présentation par le Maître d'ouvrage des justificatifs suivants :

➤ Pour l'acompte :

- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal,
- un extrait KBIS daté de moins de 3 mois,
- les pièces comptables justifiant la dépense (un état récapitulatif des dépenses déjà réalisées daté et signé par le Maître d'ouvrage [Modèle joint en annexe], ainsi que la copie des factures acquittées),
- une déclaration sur l'honneur établie par le représentant de la SAS LA TABLE D'EUGENIE, attestant que celle-ci est en règle au regard de ses obligations fiscales et sociales (Modèle joint en annexe).

➤ Pour le solde :

Il y aura lieu de produire :

- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal,
- un extrait KBIS daté de moins de 3 mois,
- un plan de financement définitif du programme d'investissement daté et signé par le Représentant de l'Entreprise bénéficiaire faisant apparaître notamment les différentes aides publiques accordées, les prêts bancaires, les fonds propres et accompagné de la copie de chacune des décisions des Organismes participant au financement, des contrats de prêts et/ou tableaux d'amortissement,
- l'état récapitulatif des factures acquittées, daté et signé par le Maître d'ouvrage et certifié par le Comptable ou l'Expert-comptable (modèle ci-annexé),
- les pièces comptables justifiant la dépense (factures acquittées des travaux exécutés),
- une attestation sur l'honneur de régularité du bénéficiaire au regard de ses obligations fiscales et sociales (modèle ci-annexé),
- un certificat de bon achèvement des travaux établi par la Chambre consulaire dont dépend le bénéficiaire ou par le Service instructeur du dossier,
- une photographie dudit logo apposé mentionnant le soutien apporté par le Département à l'Entreprise.

ARTICLE 7 : AVENANTS

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant. Toute demande d'avenant devra faire l'objet d'un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause, et toutes les conséquences qu'elle emporte.

L'avenant précise les éléments modifiés de la convention, sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

ARTICLE 8 : CLAUSES DE RESILIATION

En cas d'infraction aux clauses de la présente convention et après mise en demeure par l'autorité départementale effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception et restée sans effet pendant 15 jours, la présente convention peut être résiliée de plein droit, sans qu'il y ait besoin de faire recours au juge, ni de remplir aucune formalité.

La convention peut, dans ce cas, être dénoncée par l'une ou l'autre des parties en respectant un préavis de deux mois.

La présente convention sera résiliée de plein droit en cas de liquidation judiciaire de la SAS LA TABLE D'EUGENIE et l'Entreprise bénéficiaire perdra tout droit au versement de la subvention restant à régler.

La mise en redressement judiciaire de l'entreprise bénéficiaire entraînera la suspension du paiement des sommes restant à verser.

ARTICLE 9 : CLAUSES DE REVERSEMENT

Le remboursement de la subvention pourra être exigé pendant 5 années, au prorata de la durée écoulée depuis le paiement de la subvention, dans l'un des cas suivants :

- ♦ au cas où l'une des déclarations faites par l'Entreprise bénéficiaire dans la présente convention serait inexacte et à défaut d'exécution ou de violation d'un seul des engagements pris par ladite Entreprise,
- ♦ au cas où l'Entreprise bénéficiaire et/ou son siège social seraient amenés à quitter le territoire départemental.

Les sommes, ainsi devenues exigibles, seront productives d'intérêts au taux légal et se capitaliseront de plein droit pourvu qu'il s'agisse d'intérêts dus au moins pour une année entière.

ARTICLE 10 : OBLIGATION DU BENEFICIAIRE

La SAS LA TABLE D'EUGENIE s'engage à mettre en œuvre l'opération décrite dans les conditions prévues à l'article 1^{er} de la présente convention.

En outre, afin de permettre un suivi attentif du bon déroulement de l'opération, l'Entreprise bénéficiaire s'engage à indiquer au Département de la Dordogne, dès sa survenance, tout changement intervenant dans l'exécution de l'opération, en particulier concernant sa durée d'exécution.

En vue de l'évaluation des résultats de l'opération, la SAS LA TABLE D'EUGENIE s'engage :

- à produire au Département de la Dordogne, dès leur parution, les liasses fiscales complètes relatives à chaque clôture d'exercice, accompagnées, s'ils existent, des rapports du Commissaire aux comptes pendant la durée de la présente convention,
- à répondre aux demandes d'informations souhaitées par le Département de la Dordogne.

De plus, l'Entreprise bénéficiaire s'engage, dès qu'elle en a connaissance, à prévenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, le Département de la Dordogne, de tout événement d'importance susceptible de venir altérer l'économie de la présente convention, et donc de remettre en cause la participation financière du Département de la Dordogne, tel que :

- modification de l'équipe dirigeante,
- modification substantielle des statuts,
- modification de la géographie du capital,
- cession d'éléments majeurs de l'exploitation,
- cessation d'activité,
- ouverture d'une procédure collective.

ARTICLE 11 : ELECTION DE DOMICILE

Les parties font élection de domicile en leurs sièges sociaux respectifs tels qu'ils sont indiqués en en-tête de la présente convention.

ARTICLE 12 : REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les parties décident de rechercher un règlement amiable préalablement à tout recours contentieux, par le biais de l'élaboration d'une transaction.

En cas d'échec, tout recours contentieux contre la présente convention devra être introduit auprès du Tribunal Administratif de Bordeaux, dans un délai de 2 mois à compter de sa notification.

ARTICLE 13 : EXECUTION

Le Comptable assignataire de la dépense est M. le Payeur départemental.

La présente convention est établie en deux exemplaires originaux.

A Périgueux, le

A, le

Pour le Département de la Dordogne,
le Président du Conseil départemental,

Pour la SAS LA TABLE D'EUGENIE,
(qualité)

Germinal PEIRO

(nom, prénom)

ANNEXES

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
De la régularité fiscale et sociale de l'Entreprise

(à produire lors de la demande de paiement de l'acompte ou du solde)

Je soussigné(e) :
Né(e) le :
Adresse personnelle :
.....

Dirigeant(e) de la structure :

Raison sociale :
Forme juridique :
N° SIRET :
Siège social :

ATTESTE SUR L'HONNEUR

que mon Entreprise est en règle vis-à-vis de ses obligations fiscales et sociales.

Organismes fiscaux et sociaux	Adresse des organismes auxquels l'Entreprise est rattachée
Trésor Public	
Direction Générale des Impôts	
URSSAF / POLE EMPLOI	
Mutualité Sociale Agricole	

Fait à :,

Cachet et signature du Dirigeant

Le :,

Toute fausse déclaration entraînera l'annulation de la participation départementale et le reversement des sommes déjà perçues sera exigé.

En outre, elle peut être punie d'emprisonnement et d'amende, dans les conditions prévues par le Code Pénal (Article 441-1 et SS).

**ETAT RECAPITULATIF DES
FACTURES ACQUITTEES
(Modèle)**

(à produire lors de la demande de paiement de l'acompte et/ou du solde)

Le Maître d'ouvrage CERTIFIE que les factures jointes, récapitulées dans le tableau ci-dessous se rapportent à l'opération suivante :

Date facture	Objet	Fournisseurs	Montant HT en €	Date de règlement total de la facture	Mode de financement (crédit bancaire, crédit-bail, autofinancement)
		TOTAL			

A....., Le.....

LE MAÎTRE D'OUVRAGE,
(Signature et Cachet)

CONVENTION
entre le Département de la Dordogne et la Communauté de communes du Pays de Fénelon
Opération Collective en Milieu Rural (OCMR)
AVENANT n° 1

VU la délibération n° 18.CP.VIII.1 du 12 novembre 2018,

VU la convention signée le 24 janvier 2019,

VU la demande de la Communauté de communes du Pays de Fénelon,

ENTRE

Le Département de la Dordogne, (SIRET 222 400 012 00019) sis 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter la présente convention, en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII..... en date du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « Le Département », d'une part,

ET

La Communauté de communes du Pays de Fénelon sise Place de la Mairie à SALIGNAC-EYVIGUES (24590) représentée par le Président, M. Patrick BONNEFON dûment habilité à signer en vertu de

.....
Ci-après dénommée « Le Maître d'Ouvrage », d'autre part.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT

L'ARTICLE 2.2 de la convention susvisée est modifié comme suit :

2.2 - Aides directes aux entreprises artisanales et commerciales des secteurs de l'agroalimentaire, du bois et de la pêche, implantées sur le territoire du Pays de Fénelon

L'assiette éligible pour le calcul de l'aide apportée au Porteur de projet est comprise entre 4.000 € et 60.000 €.

Le taux sera calculé en fonction de la nature de l'activité et du lieu d'implantation de l'entreprise, sans pouvoir excéder 30 % d'aides publiques tous financeurs confondus.

L'aide allouée par le Département sera au maximum de 25 % de l'assiette éligible.

Le reste sans changement.

Le présent avenant est établi en deux exemplaires originaux.

A Périgueux, le

A....., le.....

Pour le Département de la Dordogne,
le Président du Conseil départemental,

Pour la Communauté de communes
du Pays de Fénelon,
le Président

Germinal PEIRO

Patrick BONNEFON

CONVENTION
entre le Département de la Dordogne et le Syndicat Mixte du Pays de l'Isle en Périgord
Opération Collective de Modernisation (OCM)
AVENANT n° 1

VU les délibérations de la Commission Permanente n° 18.CP.I.1 du 12 mars 2018 et n° 19.CP.VII.1 du 14 octobre 2019,

VU la convention signée le 16 avril 2018,

VU la demande du Syndicat Mixte du Pays de l'Isle en Périgord,

ENTRE

Le Département de la Dordogne, (SIRET 222 400 012 00019) sis 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII..... du 25 novembre 2019,

Ci-après désigné « Le Département »,
D'une part,

ET

Le Syndicat Mixte du Pays de l'Isle en Périgord (SIRET 200 060 697 00014), sis 98 bis, avenue du Général de Gaulle à COULOUNIEIX-CHAMIERES (24660), représenté par (qualité)....., (nom, prénom)....., dûment habilité à signer en vertu de

Ci-après dénommé « Le Porteur de projet »,
D'autre part.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

L'ARTICLE 2.2 de la convention susvisée est modifié comme suit :

2.2 – Aides directes aux entreprises artisanales et commerciales des secteurs de l'agroalimentaire, du bois et de la pêche, implantées sur le territoire du Pays de l'Isle en Périgord

L'assiette éligible pour le calcul de l'aide apportée au Porteur de projet est comprise entre 4.000 € et 40.000 €.

Le taux sera calculé en fonction de la nature de l'activité et du lieu d'implantation de l'entreprise, sans pouvoir excéder 30 % d'aides publiques tous financeurs confondus.

L'aide allouée par le Département sera au maximum de 25 % de l'assiette éligible.

Le montant des investissements ne peut être révisable à la hausse. Dans le cas où les pièces comptables feraient apparaître un montant de travaux effectués inférieur à l'estimation initiale, la subvention sera liquidée sur la base de travaux réellement exécutés.

Le montant prévisionnel des dépenses éligibles de l'opération OCM s'élève à 1.555.500 €.

La participation du Département est de 115.500 €. Les dossiers seront présentés en Commission Permanente au fur et à mesure de leur instruction dans la limite de l'enveloppe globale allouée.

Le Plan de financement de ce programme s'établit comme suit :

Organismes	Montant attribué (en €)
Département de la Dordogne	115.500
Région Nouvelle-Aquitaine	106.594
FISAC (Fonds d'Intervention pour les Services, l'Artisanat et le Commerce)	180.625
Périgord Numérique	6.000
EPCI	127.094
Entreprises	1.019.687
TOTAL	1.555.500

Le reste sans changement.

Le présent avenant est établi en deux exemplaires originaux.

A Périgueux, le

A, le

Pour le Département de la Dordogne,
le Président du Conseil départemental,

Pour le Syndicat Mixte
du Pays de l'Isle en Périgord,
(qualité).....

Germinal PEIRO

(nom, prénom).....

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.2

Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets").
Validation des projets départementaux d'investissement structurant.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.2 a)

Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets").
Validation des projets départementaux d'investissement structurant.
- Restructuration et extension du Laboratoire d'Analyse et de Recherche (LDAR)
à COULOUNIEIX-CHAMIERES -

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le principe de réalisation du projet de restructuration et d'extension du Laboratoire Départemental d'Analyse et de Recherche (LDAR) à COULOUNIEIX-CHAMIERES.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager et exécuter toutes les démarches nécessaires à la prise en charge de ce projet à hauteur de 30 % au titre de la Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID).

ARRETE le Plan de financement de ce projet de la manière suivante :

DEPENSES		RECETTES	
Restructuration et extension du LDAR	3.150.000 €	DSID (30 %)	945.000 €
		Autofinancement Département	2.205.000 €
TVA 20 %	630.000 €	TVA 20 % - Département	630.000 €
TOTAL TTC	3.780.000 €	TOTAL TTC	3.780.000 €

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics.

Jeannik NADAL



COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.2 b)

Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets").
Validation des projets départementaux d'investissement structurant.
- Amélioration de l'accueil de proximité des usagers.
Construction de l'Unité Territoriale de NONTRON -

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le principe de construction de l'Unité Territoriale de NONTRON dans le cadre de l'amélioration de l'accueil de proximité des usagers.

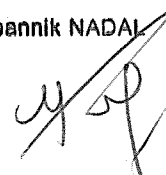
AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager et exécuter toutes les démarches nécessaires à la prise en charge de ce projet à hauteur de 30 % au titre de la Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID).

ARRETE le Plan de financement de ce projet de la manière suivante :

DEPENSES		RECETTES	
Construction de l'Unité Territoriale de NONTRON	600.000 €	DSID (30 %)	174.500 €
		Autofinancement Département	425.500 €
TVA 20 %	120.000 €	TVA 20 % - Département	120.000 €
TOTAL TTC	720.000 €	TOTAL TTC	720.000 €

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Joannik NADAL



COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.2 c)

Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets").
Validation des projets départementaux d'investissement structurant.
- Amélioration de l'accueil de proximité des usagers.
Aménagement de la Maison du Département du Sarladais -

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le principe de l'aménagement de la Maison du Département du Sarladais dans le cadre de l'amélioration de l'accueil de proximité des usagers.

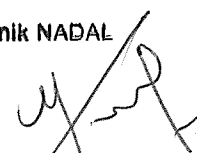
AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager et exécuter toutes les démarches nécessaires à la prise en charge de ce projet à hauteur de 30 % au titre de la Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID).

ARRETE le Plan de financement de ce projet de la manière suivante :

DEPENSES		RECETTES	
Aménagement de la Maison du Département du Sarladais	170.000 €	DSID (30 %)	51.000 €
		Autofinancement Département	119.000 €
TVA 20 %	34.000 €	TVA 20 % - Département	34.000 €
TOTAL TTC	204.000 €	TOTAL TTC	204.000 €

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.2 d)

Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID) en 2019 (part "projets").
Validation des projets départementaux d'investissement structurant.
- Amélioration de l'accueil de proximité des usagers .
Aménagement du Centre Médico-Social de TERRASSON -

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le principe de l'aménagement du Centre Médico-Social de TERRASSON dans le cadre de l'amélioration de l'accueil de proximité des usagers.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager et exécuter toutes les démarches nécessaires à la prise en charge de ce projet à hauteur de 30 % au titre de la Dotation de Soutien à l'Investissement des Départements (DSID).

ARRETE le Plan de financement de ce projet de la manière suivante :

DEPENSES		RECETTES	
Aménagement du Centre Médico-Social de TERRASSON	400.000 €	DSID (30 %)	120.000 €
		Autofinancement Département	280.000 €
TVA 20 %	80.000 €	TVA 20 % - Département	80.000 €
TOTAL TTC	480.000 €	TOTAL TTC	480.000 €

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.3

Unité Territoriale de RIBERAC - Centre Médico-Social de TOCANE-SAINT-APRE.
Avenant n° 1 à la convention de mise à disposition de locaux communaux
situés au 2, Place Saint-Apre à TOCANE-SAINT-APRE.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.3

Unité Territoriale de RIBERAC - Centre Médico-Social de TOCANE-SAINT-APRE.
Avenant n° 1 à la convention de mise à disposition de locaux communaux
situés au 2, Place Saint-Apre à TOCANE-SAINT-APRE.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération de la Commission Permanente n° 10.CP.I.24 du 8 mars 2010,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE l'avenant n° 1, ci-annexé à la convention de mise à disposition de locaux pour le Centre Médico-Social par la Commune de TOCANE-SAINT-APRE au Département, au sein d'un immeuble situé au 2, Place Saint-Apre - 24350 TOCANE-SAINT-APRE, figurant au plan cadastral section AC n° 132, portant modification de la surface louée et des conditions financières.

DIT que cette occupation prend effet à compter du 1^{er} décembre 2019.

PRECISE que cette occupation consentie à titre onéreux est également revue à la hausse pour un loyer annuel de HUIT MILLE EUROS (8.000 €), payable trimestriellement à terme échu.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter, au nom et pour le compte du Département ledit avenant, ainsi que tous les actes et avenants ultérieurs s'y rapportant dans la mesure où ceux-ci n'entraînent pas de modifications substantielles aux dispositions de la convention initiale.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



TOCANE-SAINT-APRE	Unité Territoriale de RIBERAC Avenant n° 1 à la convention de mise à disposition de locaux communaux à usage de bureaux pour Permanence Sociale	2, place Saint-Apre
-------------------	--	---------------------

ENTRE

Le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE, Personne morale de droit public domicilié en l'Hôtel du Département – 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PÉRIGUEUX Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO dûment habilité à cet effet par délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. en date du 25 novembre 2019, (Numéro SIRET : 222 400 012 00019)

Ci-après dénommé "le DEPARTEMENT",
D'une part,

ET

La COMMUNE DE TOCANE-SAINT-APRE, Personne morale de droit public, domiciliée en Mairie au 3, rue Saint-Apre - 24350 TOCANE-SAINT-APRE, représentée par le Maire, M. Gérard SENRENT agissant au nom et pour le compte de la Commune, en vertu d'une délibération du Conseil municipal n° du , (Numéro SIRET : 212 405 534 00018)

Ci-après dénommée "la COMMUNE",
D'autre part.

PREAMBULE

La COMMUNE met à disposition du DEPARTEMENT, à titre onéreux, depuis le 1^{er} janvier 2010, des bureaux en rez-de-chaussée d'un immeuble sis au "2, Place Saint-Apre" (ancienne Trésorerie) - 24350 TOCANE-SAINT-APRE pour une superficie de 100m² pour un loyer annuel de 6.500 €, pour son Centre Médico-Social.

Cette Structure prend en charge aujourd'hui une partie de la population du canton de BRANTÔME. Or, aujourd'hui la gestion des emplois du temps de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de cette Structure est devenue complexe remettant en cause la discrétion professionnelle notamment dans l'exercice du primo-accueil puisqu'aucun bureau n'est dédié à cette mission.

Aujourd'hui, le 1^{er} étage des locaux actuels, soit une superficie supplémentaire de 100 m², est libre avec la possibilité de le louer pour un coût supplémentaire annuel de 1.500 €. Le 2^{ème} étage (essentiellement des combles) ne peut être utilisé dans le cadre des missions du DEPARTEMENT et son accès devra quant à lui être interdit à toute personne.

Aussi, pour répondre à la nécessité des Services départementaux et assurer à l'Usager des conditions d'accueil de qualité, il convient d'occuper la totalité du bâtiment pour y installer les agents ainsi que tous les partenaires extérieurs intervenant au Centre Médico-Social.

Ainsi, il convient de modifier les termes de la convention initiale du 8 mars 2010.

CECI ETANT EXPOSE IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1^{er} : OBJET

Le présent avenant a pour objet de modifier à la hausse la superficie des locaux loués ainsi que le loyer.

ARTICLE 2 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 1^{er}

Les biens loués au DEPARTEMENT comprennent désormais le rez-de-chaussée et le 1^{er} étage de l'immeuble de "l'ancienne Trésorerie" sur le territoire de la Commune de TOCANE-SAINT-APRE sis "2, Place Saint-Apre", cadastrée section AC n° 132, pour une surface de 200 m².

Il est précisé que les locaux sont conformes à l'utilisation qui en sera faite par le DEPARTEMENT.

ARTICLE 3 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 2 "LOYER"

Les surfaces occupées sont substantiellement modifiées entraînant une augmentation du loyer.

La présente mise à disposition est consentie, désormais, moyennant un loyer annuel de HUIT MILLE EUROS (8.000 €), payable trimestriellement, à terme échu, à réception d'avis des sommes à payer, émis par la Commune.

Les Parties sont convenues que, pour l'année 2019, le loyer correspondant à la partie louée en sus sera proratisée. Le DEPARTEMENT sera redevable, en plus du loyer initial, de l'occupation des 100 m² supplémentaires du 1^{er} au 31 décembre 2019, à savoir (CENT VINGT CINQ EUROS) 125 €.

L'ensemble de ces loyers s'entendent toutes taxes comprises.

ARTICLE 4 : DISPOSITIONS INCHANGEES

Les stipulations de la Convention sont modifiées dans les limites prévues au présent avenant, le reste demeurant inchangé.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET

Le présent avenant produira effet à compter du 1^{er} décembre 2019.

Fait en deux exemplaires.

A Périgueux, le

A Tocane-Saint-Apre, le

Pour le DEPARTEMENT,
le Président du Conseil départemental,

Pour la COMMUNE,
le Maire,

Germinal PEIRO

Gérard SENRENT

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.4

Site départemental de LA JEMAYE.

Accord du Département de la Dordogne pour procéder à la vente de bois de gré à gré
aux Etablissements SOTRA-LBE selon les termes de la consultation organisée
par l'Office National des Forêts (ONF).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.4

Site départemental de LA JEMAYE.

Accord du Département de la Dordogne pour procéder à la vente de bois de gré à gré
aux Etablissements SOTRA-LBE selon les termes de la consultation organisée
par l'Office National des Forêts (ONF).

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE les termes de l'accord ci-annexé proposé par l'Office National des Forêts (ONF) pour la
vente de bois de gré à gré aux Etablissements SOTRA LBE pour le site départemental de LA JEMAYE.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.4 du 25 novembre 2019.



Direction territoriale
Centre-Ouest-Aquitaine

Agence Territoriale
Landes/Nord Aquitaine

Monsieur le Président
Conseil Départemental de la Dordogne
Hôtel du Département
2 rue Paul Louis Courier – CS 11200
24019 PERIGUEUX CEDEX

Mont de Marsan, le 25 octobre 2019

Site de Mont de Marsan
170 Rue Ulysse Pallu
40 003 MONT DE MARSAN
Tél. : 05 58 85 46 42
Fax : 05 58 06 89 30
bois.lna@onf.fr

N/Réf : 2019-731/DP-BK

Objet : Lot forêt départementale de La Jemaye- Offre suite à la consultation du 18/09/19

V/Réf :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que nous avons reçu la proposition détaillée ci-dessous pour le lot de bois de La Jemaye mis en consultation le 20 octobre 2019.

La consultation a été envoyée à 5 acheteurs potentiels, seul les Ets SOTRA-LBE ont répondu à cette consultation avec les prix proposés mentionnés sur la fiche jointe.

Je vous informe que s'agissant d'une consultation, les offres et le nom des acheteurs sont réputés confidentiels et couverts par le secret des affaires.

Je vous informe également que cet acheteur a répondu sous réserve de la modification du cahier des charges joint.

Si vous êtes d'accord de procéder à la vente de gré à gré du lot à la société SOTRA-LBE, je vous propose de me signifier votre accord en me retournant la présente lettre signée le plus rapidement possible, afin d'établir le contrat.

Accord pour vente de gré à gré aux Ets SOTRA LBE	Refus de vente de gré à gré aux Ets SOTRA-LBE
Le Président (date et signature)	Le Président (date et signature)

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

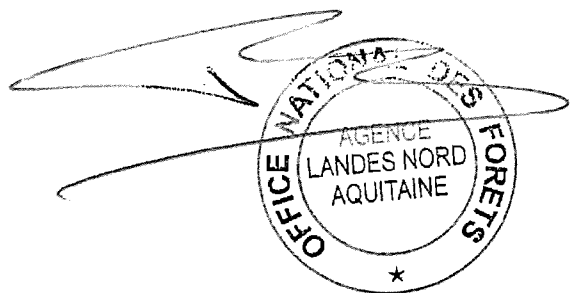
AGENCE
DES NORD
AQUITAINE
La Responsable du Service Bois
Dominique PASTUSZKA



Copie pour information :

- D. SETAU – ARC

- L. PATTE – RUT Dordogne Centre Gironde



19203190M3

ARTICLE No:
 Exercice : 2019 FORET DEPARTEMENTALE de LA JEMAYE
 FORET DEPARTEMENTALE DE LA JEMAYE
 Territoire communal de Jemaye
 Série UNIQ Parcelle HA1 Dept. : 24
 Canton de: Grand étang Lot : UNIQUE
 Poste no : 83651513 - UT DORDOGNE CENTRE GIRONDE
 Limites N: A PARCOURIR AVEC L'ARC
 E: A PARCOURIR AVEC L'ARC
 S: A PARCOURIR AVEC L'ARC
 O: A PARCOURIR AVEC L'ARC

Prix de vente HT :

Peuplement taillis - chêne

Coupe Rase

Acheteur :

Marquée en PLACETTE TEMOIN

en Avril 2018

Comprenant l'exploitation de 2190 arbres et de 19325 perches et brins sur une surface de 14,00 ha.

VENTE DE BOIS SUR PIED ET A LA MESURE

DESIGNATION PAR CATEGORIE DE DIAMETRE DES TIGES FAISANT PARTIE DE LA VENTE

TOTAL	ESSENCE	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125
20	BOULEAU				20																				
19315	AUT.FEU	8500	7700	1185	1200	600	100	30																	
1980	CHENE S	400	680	400	350	100	50																		
200	PIN MAR		80	30	30	30	30																		
21515	< TOTAL																								

PRODUITS PRESUMES

Essence	Libellé	Unité	Quantité	
F.D	Vente de bois sur pied Unité produits Chauffage	stère	1000,00	13600/stère
F.D	Mobilisation/commerc bois UP stères FEUILLUS BI	M3A	600,00	4600/tonne
F.D	Vente de bois sur pied UP SCIAGE FEUIL. STERE	M3A	390,00	
P.M	Mobilisation/commerc bois TRITURATION RESINEUX ST	M3A	60,00	27600/stère
P.M	Vente de bois sur pied UP SCIAGE RESIN. STERE	M3A	50,00	20600/stère

AGENT RESPONSABLE : SETAU David MF DES ROMAINS
 4 RUE DU JASMIN 24750 TRELISSAC - TEL:05 53 53 52 97-06 17 78 16 29
 PROROG. TARIF : DELAI IMPERATIF
 COMPTABLE : DIR DEP FINANCES PUBLIQUES
 PLACE DE DEPOT : PLACE DE DEPOT NON AMENAGEE
 DELAI D'EXPLOIT. : 30/09/2020
 TVA : ASSUJETTI NON REDEVABLE DE LA TVA
 A.CLAUSES PARTIC. : CONSIGNE SYLVICOLE : conservation d'ilot de chênes de futaie
 HOUPPIERS A FACONNER AU FUR ET A MESURE
 N 2000 : RESPECTER DOCOB
 passage interdit sur la digue
 TOUS TRAVAUX INTERDITS DU 15/04 AU 31/08
 RESPECT CAHIER DES CHARGES JOINT
 GPS : N 45°9'1.9" \ W 0°16'33.7"

ARBRES = tiges de 30 et + pour chêne et hêtre, 25 et + pour les autres essences, sauf stipulation contraire aux clauses communes

Cahier des clauses à respecter

Respecter les consignes données par l'ARC sur les conditions d'exploitation. Visite du lot très conseillée avec l'ARC.

Limite de coupe :

Les limites de la coupe rase (zone 1 et 2) sont matérialisées par de la peinture.

Coupe :

Zone 1+2 : coupe rase taillis châtaignier.

Les chênes de diamètre supérieurs à 40 cm sont exclus de la vente, sauf accord de l'ARC.

Exploitation impérative des bois jusqu'à 3 cm fin bout.

Interruption d'exploitation :

Hors conditions météo défavorables, le chantier sera suspendu du 15/04/2020 au 31/08/2020 pour des raisons environnementales et touristiques.

Le délai d'exploitation est fixé au 30/09/2020

Vidange et stockage des bois - cf plan joint :

La digue de l'étang est interdite de passage

Zone 1 :

- La vidange des bois se fera sur la place de dépôt 1. Le CD 24 se charge de matérialiser la place de dépôt.
- La longueur des bois sur place de dépôt ne devra pas excéder 3m. La longueur disponible est de 40 m.
- DICT : ligne enterrée entre la voie empierrée et le fossé.
- La vidange des bois se fera sur chemin préalablement indiqué par l'ARC.

*préparation faite à M^r Letou = débordage
en septembre sur place de dépôt sur lignée
sur plan
en bois*

Zone 2 :

- la vidange des bois et le stockage se fera le long de la voie goudronnée communale reliant la D 708 à la D41.
- DICT : le débordage et le stockage des bois est à proximité d'une ligne EDF.

Remise en état à la charge de l'acheteur, celles prévues par le Règlement national d'exploitation

- Remise en état de la coupe et des voies de vidange.
- Remise en état la voie d'accès à la place de dépôt 1 (chemin empierré)

Remise en état à la charge du CD 24 : Place de dépôt 1 – veiller à la laisser le plus propre possible.

Signalisation du chantier

La mise en place de la signalisation réglementaire du chantier est à la charge de l'acquéreur.

Le CD24 est chargé de la signalisation relative à la communication de la coupe et de la mise en place de barrières interdisant l'accès au chantier.

Lu et accepté

A Braud et St Louis, le 18/10/2019
Signature

SARL L.B.E.
135 Lieu dit Métairie des Pauvres
33820 BRAUD et SAINT LOUIS
Tél. 05 46 86 03 59
Email : aberjon@orange.fr
Siret 484 463 062 00022 - APE 0240 Z

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.5 Equipement Numérique des Collèges départementaux. Dotations 2019.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 0
Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.5

Equipement Numérique des Collèges départementaux.
Dotations 2019.

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DECIDE D'ATTRIBUER après avis favorable émis par la Commission « Equipement Numérique des Collèges » (ENC) en date du 9 juillet 2019, les matériels ci-dessous :

COLLEGES PUBLICS		
Collège	Commune	Matériel affecté
Annesse-et-Beaulieu	Annesse-et-Beaulieu	10 PC fixes 10 écrans 1 PC portable 14" 6 tablettes IPAD 1 classe mobile 1 vidéoprojecteur interactif + PC portables
Léo Testut	Beaumontois-en-Périgord	17 PC fixes 17 écrans 1 vidéoprojecteur fixe courte focale
Pierre Fanlac	Belvès	20 PC portables hybrides 1 vidéoprojecteur mobile

Collège	Commune	Matériel affecté
Jacques Prévert	Bergerac	20 PC fixes 20 écrans 4 vidéoprojecteurs mobiles
Eugène Le Roy	Bergerac	22 PC fixes 22 écrans 15 PC portables 14" 15 PC portables hybrides
Henri IV	Bergerac	30 PC fixes 30 écrans 2 PC portables 7 vidéoprojecteurs fixes courte focale
Aliénor d'Aquitaine	Brantôme	2 PC portables 14" 8 PC portables hybrides 1 tablette IPAD 1 vidéoprojecteur interactif + PC portables
Jean Moulin	Coulounieix-Chamiers	30 PC fixes 30 écrans 7 PC portables hybrides 1 classe mobile 1 vidéoprojecteurs courte focale
Giraut de Borneil	Excideuil	15 PC fixes 15 écrans 1 vidéoprojecteur mobile 1 vidéoprojecteur fixe courte focale
Georges et Marie Bousquet	Eymet	5 PC fixes 5 écrans 1 vidéoprojecteur fixe courte focale 1 mallette multimédia
Charles de Gaulle	La Coquille	3 PC fixes 3 écrans 3 vidéoprojecteurs interactifs + PC portables
Max Bramerie	La Force	30 PC fixes 30 écrans 4 vidéoprojecteurs fixes courte focale 5 vidéoprojecteurs interactifs + PC portables

Collège	Commune	Matériel affecté
Jean Monnet	Lalinde	30 PC fixes 30 écrans 1 vidéoprojecteur fixe courte focale
Plaisance	Lanouaille	11 PC fixes 11 écrans 1 PC portable hybride
Leroi-Gourhan	Le Bugue	20 PC fixes 20 écrans
Arnault de Mareuil	Mareuil	14 PC fixes 14 écrans 2 vidéoprojecteurs fixes courte focale
Yvon Delbos	Montignac	12 PC fixes 12 écrans 4 vidéoprojecteurs mobiles 1 mallette multimédia
Jean Rostand	Montpon-Ménéstérol	18 PC fixes 18 écrans 1 PC portable 14" 1 vidéoprojecteur mobile 2 vidéoprojecteurs interactifs + PC portables
Les Châtenades	Mussidan	5 PC fixes 5 écrans
Henri Bretin	Neuvic	9 PC fixes 9 écrans 1 classe mobile 1 vidéoprojecteur mobile 1 vidéoprojecteur fixe courte focale
Alcide Dusolier	Nontron	1 classe mobile 1 vidéoprojecteur mobile
Michel de Montaigne	Périgueux	36 PC fixes 36 écrans 4 PC portables 14 "
Anne Frank	Périgueux	1 classe mobile 10 vidéoprojecteurs fixes courte focale

Collège	Commune	Matériel affecté
Laure Gatet	Périgueux	1 PC portable 14" 2 PC portables hybrides 2 tablettes IPAD 1 classe mobile 1 vidéoprojecteur mobile 2 vidéoprojecteurs fixes courte focale 2 vidéoprojecteurs interactifs + PC portables
Clos-Chassaing	Périgueux	19 PC fixes 19 écrans 1 PC portable 14" 5 PC portables hybrides 1 vidéoprojecteur mobile
Marches de l'Occitanie	Piégut-Pluviers	2 PC fixes 2 écrans 9 PC portables 14"
Arnaut Daniel	Ribérac	31 PC fixes 31 écrans 10 PC portables hybrides 2 vidéoprojecteurs mobiles 1 vidéoprojecteur interactif + PC portables
La Boétie	Sarlat-la-Canéda	8 PC fixes 8 écrans 37 PC portables 14" 7 PC portables hybrides
Arthur Rimbaud	Saint-Astier	25 PC fixes 25 écrans 8 vidéoprojecteurs fixes courte focale 2 vidéoprojecteurs interactifs + PC portables
Dronne Double	Saint-Aulaye-Puymangou	15 PC fixes 15 écrans 2 vidéoprojecteurs fixes courte focale
Jean Ladignac	Saint-Cyprien	21 PC fixes 21 écrans

Collège	Commune	Matériel affecté
Jules Ferry	Terrasson-Lavilledieu	8 PC fixes 8 écrans 6 PC portables 14"
Suzanne Lacorre	Thenon	12 PC fixes 12 écrans 1 vidéoprojecteur mobile 2 vidéoprojecteurs fixes courte focale
Léonce Bourliaguet	Thiviers	15 PC fixes 15 écrans 2 PC portables 14" 1 PC portable hybride 1 vidéoprojecteur mobile 1 vidéoprojecteur fixe courte focale
Michel Debet	Tocane-Saint-Apre	10 PC fixes 10 écrans 2 PC portables 14" 15 PC portables hybrides 1 vidéoprojecteur mobile
Olympe de Gouges	Vélines	7 PC fixes 7 écrans 8 PC portables hybrides 1 vidéoprojecteur mobile
Trois Vallées	Vergt	20 PC fixes 20 écrans 1 classe mobile

COLLEGES PRIVES		
Collège	Commune	Matériel affecté
Jeanne d'Arc	La Roche-Chalais	1 vidéoprojecteur mobile 2 vidéoprojecteurs fixes courte focale
Notre-Dame	Ribérac	8 PC fixes 8 écrans
Notre-Dame	Sigoulès	10 PC portables 14" 10 vidéoprojecteurs mobiles
Saint-Joseph	Périgueux	15 portables hybrides
Saint-Joseph	Sarlat-la-Canéda	10 PC fixes 10 écrans 1 PC portable 14" 10 PC portables hybrides 3 vidéoprojecteurs mobiles
Sainte-Marthe	Bergerac	20 PC fixes 20 écrans

Cette dotation correspond à la dix-septième affectation de matériel et s'élève à 508.629,48 € TTC pour les Collèges publics et 38.718,96 € TTC pour les Collèges privés, soit un total de 547.348,44 € TTC pour l'année 2019.

Ces équipements feront l'objet d'une convention de mise à disposition, à signer avec chaque Collège concerné.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter les conventions de mise à disposition du matériel à intervenir avec les Etablissements concernés, au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.6

Avenant n° 1 à la convention de programmation et de suivi des déploiements FttH
(fibre optique jusqu'à l'abonné - Fiber to the Home).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE
RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.6

Avenant n° 1 à la convention de programmation et de suivi des déploiements Ftth
(fibre optique jusqu'à l'abonné - Fiber to the Home).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération de la Commission Permanente n° 15.CP.X.29 du 16 novembre 2015,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE l'avenant n° 1 ci-annexé, à intervenir entre le Département de la Dordogne, l'Etat, la Commune de Bergerac, la Communauté d'Agglomération Le Grand Périgueux, Orange et le Syndicat Mixte Périgord Numérique (SMPN), modifiant les termes de la convention initiale comme suit :

- Paragraphe 1.4 du Préambule,
- Annexe 2 « zone conventionnée »,
- Annexe 3 « volumes annuels »,
- Annexe 8 « informations communiquées dans le cadre du suivi des déploiements ».

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental ou son représentant par délégation à signer et exécuter ledit avenant, au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics.

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.6 du 25 novembre 2019.

Avenant à la convention de programmation et de suivi des déploiements FttH



Plan France Très Haut Débit

2019

Entre :

L'État, représenté par le Préfet de Département Monsieur Frédéric PERISSAT, domicilié aux fins des présentes 2, rue Paul Louis Courier - 24000 Périgueux

Ci-après désigné l'« *État* »

et

Le Conseil départemental de la Dordogne, domicilié aux fins des présentes 2, rue Paul Louis Courier - CS11200 - 24019 Périgueux, représenté par A DEFINIR, dûment habilité par délibération en date du xx xxxxxx 201x

Ci-après désigné le « *Département* »

Le Syndicat Mixte Périgord Numérique, domicilié aux fins des présentes à l'Hôtel du Département – 2, rue Paul Louis Courier - 24000 Périgueux, représenté par son Président Monsieur Germinal PEIRO, dûment habilité par délibération en date du xx xxxxxx 201x

et

La Communauté d'agglomération Le Grand Périgueux, domiciliée aux fins des présentes 1, Boulevard Lakanal - BP 70171 - 24019 Périgueux Cedex, représentée par son Président Monsieur Jacques AUZOU, dûment habilité par délibération de son Conseil communautaire du xx xxxx 201x

La Commune de Bergerac, domiciliée aux fins des présentes 19, rue Neuve d'Argenson - 24100 Bergerac, représentée par son Maire Monsieur Daniel GARRIGUE, dûment habilité par délibération de son Conseil municipal du xx xxxx 201x

Ci-après désignée « *la Collectivité* »

et

Orange, Société anonyme au capital de 10 640 226 396 Euros, immatriculée au registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 380 129 866 et dont le siège social est situé au 78, rue Olivier de Serres - 75505 Paris Cedex 15, représenté par Monsieur Eric ARDUIN en sa qualité de Délégué Régional Nouvelle Aquitaine Sud

Ci-après désigné l'« *Opérateur de Réseau Conventionné* » ou *ORC*

D'autre part,

Tous ensemble désignés les « *Parties* »,

Table des matières

Préambule .	4
Article 1.Objet	5
Article 2.Modification du point 1.4 du préambule	6
Article 3.Modification de l'annexe 2 « Zone conventionnée »	8
Article 4.Modification de l'annexe 3 « Volumes annuels »	9
Article 5.Modification de l'annexe 8 « Informations communiquées dans le cadre du suivi des déploiements »10	

1 Préambule

Les Parties ont signé le 28 janvier 2016 une convention de programmation et de suivi des déploiements FttH.

En 2018, l'ORC a proposé au Gouvernement des engagements de déploiements FttH en zone AMII dans le cadre de l'article L.33-13 du code des postes et communications électroniques. L'ORC a également souhaité accroître la transparence de ses déploiements et a exprimé la volonté de décliner localement ses engagements et de proposer à l'ensemble des collectivités locales signataires d'une CPSD des avenants à ces dernières permettant notamment d'enrichir les annexes de suivi.

Dans la suite de ces évolutions, et en application de l'article 14 de cette Convention, les Parties ont souhaité modifier la Convention les liant.

Par cet avenant, l'ORC propose de communiquer, dans les conditions prévues par la convention, à l'ensemble des signataires, les éléments suivants :

- le calendrier détaillé, année par année et commune par commune, du démarrage des déploiements ainsi que la date de fin des déploiements (Annexe 2 de la convention) ;
- par année, le volume indicatif des locaux programmés, des locaux raccordables sur demande ainsi que le volume indicatif des locaux raccordables (Annexe 3 de la convention) ;
- la mise à jour du référentiel d'informations communiquées dans le cadre du suivi des déploiements (Annexe 8 de la convention).

Les Parties se sont rapprochées ce jour pour formaliser leurs engagements réciproques dans le cadre du présent avenant.

Ceci étant exposé, les Parties ont convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1. **Objet**

Le présent avenant a pour objet d'annuler et remplacer :

- le paragraphe 1.4 du Préambule « Sur le projet et les objectifs de l'Opérateur signataire pour le territoire de la Collectivité » ainsi que
- l'annexe 2 « Zone conventionnée »
- l'annexe 3 « Volumes annuels »
- l'annexe 8 « Informations communiquées dans le cadre du suivi des déploiements »

Les autres stipulations et Annexes de la convention demeurent inchangées et continuent de s'appliquer aux Parties.

Il prend effet à la signature des Parties pour la durée de la Convention.

Article 2. **Modification du point 1.4 du préambule**

Le nouveau paragraphe du Préambule 1.4 ci-dessous annule et remplace le texte existant.

L'objectif confirmé d'Orange pour 2020 est d'avoir déployé la fibre dans l'ensemble des communes déclarées lors de l'AMII ainsi que celles ajoutées ultérieurement en concertation avec les porteurs de projet RIP et confirmées à de multiples reprises aux pouvoirs publics.

Orange réaffirme à travers cette présente Convention ses intentions d'investissement pour le déploiement du réseau FttH (Fiber to the Home), facteur de compétitivité et de croissance pour le pays et dont elle a fait l'un des axes mobilisateurs de son projet d'entreprise, Essentiels2020.

Pour l'ensemble de ses déploiements FttH, Orange est convaincu de la nécessité d'une coopération étroite entre l'opérateur déployant ce réseau très haut débit et les acteurs publics, au premier rang desquels les collectivités territoriales et notamment les signataires de la présente Convention, afin de faciliter le déploiement de son propre réseau sur le territoire des collectivités territoriales concernées.

Seule une telle approche en concertation étroite entre les collectivités et l'Opérateur de réseau permettra de mener à bien un programme de cette ampleur et de cette durée.

Orange a répondu à l'Appel à Manifestation d'Intention d'Investissement (AMII) du Commissariat Général à l'Investissement (CGI) en qualité d'opérateur de communications électroniques au sens de l'article L 32-1 du code des postes et communications électroniques et en particulier sur le territoire de la Collectivité.

Le 15 novembre 2011, Orange et SFR signaient un accord portant sur les 11 millions de logements couverts par l'un ou l'autre des deux opérateurs en dehors des zones très denses. Fin juillet 2015, Orange a pris note que NC-SFR a renoncé à déployer en fibre jusqu'au logement certaines communes que SFR s'était engagé à déployer. Ainsi, l'interdiction de déployer par Orange a été levée sur 208 communes.

Dans son souhait de doter les territoires de la meilleure technologie, Orange a décidé de déployer le 100% fibre sur ces communes, à 100%.

Orange a proposé toutes les modalités d'accès prévues par la réglementation en zone moins dense, notamment des offres de cofinancement en publiant, dès début juillet 2011, son offre d'accès en dehors de la Zone Très Dense à la partie terminale des lignes de communications électroniques à Très Haut Débit en fibre optique.

En 2018, Orange a poursuivi l'accélération de son programme et produit plus de 2 millions de prises programmées et autant de prises raccordables.

Orange a proposé au Gouvernement des engagements de déploiements FttH en zone AMII¹ au titre de l'article L.33-13 du code des postes et communications électroniques. Ces engagements nationaux intègrent notamment les communes de la Zone moins dense faisant l'objet de la présente convention.

¹Zone constituée des communes initialement en zone AMII en 2011, en tenant compte de l'accord de mise en cohérence des déploiements en dehors des zones très denses conclu avec SFR en novembre 2011, étendue en intégrant notamment les communes anciennement en zones très denses et les communes libérées des engagements de l'accord susmentionné.

Avenant à la convention de programmation et de suivi des déploiements

Dans la présente convention, Orange contractualise ses engagements de déploiements FttH avec les Collectivités concernées. Orange s'y engage auprès d'elles dans un processus de transparence accrue de ses déploiements en les informant sur :

- le calendrier prévisionnel pluriannuel de démarrage de ses déploiements à la maille de la commune (Annexe 2),
- les volumes prévisionnels annuels des locaux programmés, des locaux raccordables sur demande ainsi que de locaux raccordables à la maille du périmètre de la présente convention (Annexe 3).

Article 3. **Modification de l'annexe 2 « zone conventionnée »**

Communes hors Zone très dense

Communes hors Zone très dense

Code INSEE	EPCI	Commune	Année de lancement	Nb de locaux (INSEE 2015)	Achèvement du déploiement
24011	CA Le Grand Périgueux	Antonne-et-Trigonant	2020	523	2020
24098	CA Le Grand Périgueux	Champcevinel	2020	1 404	2020
24102	CA Le Grand Périgueux	Chancelade	2019	2 145	2020
24108	CA Le Grand Périgueux	La Chapelle-Gonaguet	2020	470	2020
24115	CA Le Grand Périgueux	Château-l'Évêque	2020	984	2020
24138	CA Le Grand Périgueux	Coulounieix-Chamiers	2018	4 194	2020
24139	CA Le Grand Périgueux	Coursac	2020	883	2020
24162	CA Le Grand Périgueux	Escoire	2020	203	2020
24256	CA Le Grand Périgueux	Marsac-sur-l'Isle	2019	1 509	2020
24312	CA Le Grand Périgueux	Notre-Dame-de-Sanilhac*	2020	1 482	2020
24322	CA Le Grand Périgueux	Périgueux	2015	19 935	2020
24350	CA Le Grand Périgueux	Razac-sur-l'Isle	2020	1 127	2020
24557	CA Le Grand Périgueux	Trélissac	2015	3 702	2020
24037	Ville Centre	Bergerac	2015	16 824	2020

* Nombre de locaux de la commune : INSEE 2014

Article 4. **Modification de l'annexe 3 « volumes annuels »**

La nouvelle Annexe 3 ci-dessous annule et remplace l'Annexe 3 existante.

L'ORC met en œuvre les moyens nécessaires pour déployer les volumes indicatifs prévisionnels suivants :

Année	Volume de locaux programmés		Volume minimum de locaux raccordables		Volume maximum de locaux raccordables sur demande		Volume de locaux en aval PM non encore raccordables	
	Nombre de locaux	% du total des locaux	Nombre de locaux	% du total des locaux	Nombre de locaux	% du total des locaux	Nombre de locaux	% du total des locaux
2018	29 273	53%	12 032	22%	8 308	15%	8 933	16%
2019	42 182	76%	25 032	45%	8 308	15%	8 842	16%
2020	55 384	100%*	47 632	86%	8 308	15%		
2021	55 384	100%*	52 115	94%	3 877	7%		
2022	55 384	100%*	55 384	100%*				

¹ Locaux en aval PM non encore raccordables : locaux programmés mais pas encore raccordables ou raccordables sur demande (par exemple : locaux raccordables dès autorisation, etc.) ;

* : voir dispositions des articles 5.2.2 et 5.2.4 relatifs aux refus de tiers ou équivalents

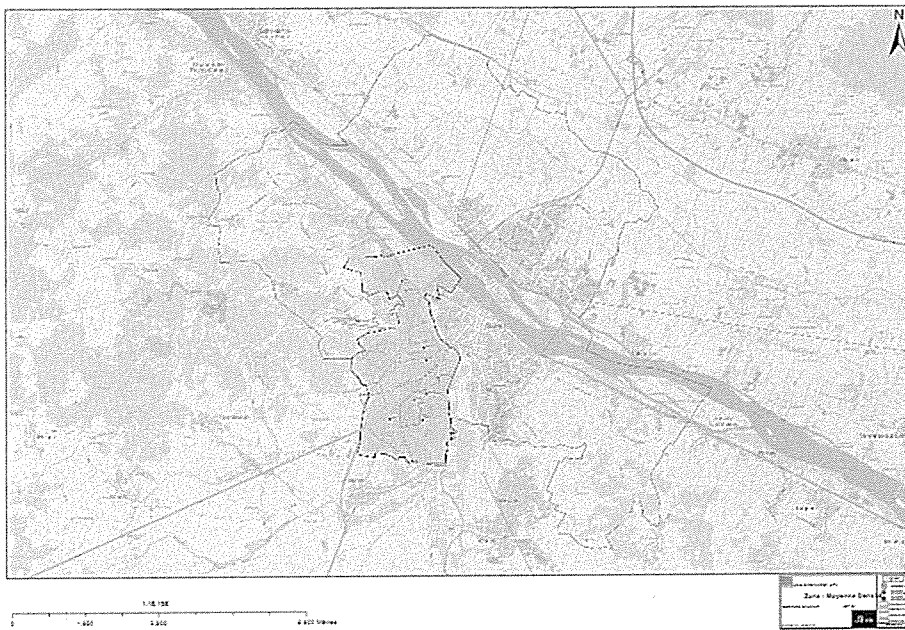
Source INSEE 2015 (sauf pour la commune de Notre-Dame-de-Sanilhac : INSEE 2014)

Article 5. **Modification de l'annexe 8 « informations communiquées dans le cadre du suivi des déploiements »**

La nouvelle Annexe 8 ci-dessous annule et remplace l'Annexe 8 existante.

L'ORC précise dans l'Annexe 8 les caractéristiques de l'ensemble des informations qui seront communiquées dans le cadre du suivi des déploiements. A minima, celles-ci comporteront les éléments suivants :

- Cartographie des déploiements réalisés au format vectoriel (mise à jour du fichier cartographique communiqué dans le cadre de la programmation concertée des déploiements)



Avenant à la convention de programmation et de suivi des déploiements

- Fichier de suivi des déploiements à la maille de la commune comportant le nombre de locaux « Raccordables », « Raccordables dès autorisation », « en aval PM non encore raccordables » et « Raccordables sur demande ».

Code INSEE	EPCI	Commune	Nombre total de PM à terme	Début déploiement	Nombre de PM en cours d'établissement	PM mis à disposition	Nombre total de locaux programmés	Nombre de locaux raccordables sur demande	Nombre de locaux raccordables dès autorisation	Nombre de locaux en aval PM non encore raccordables	Nombre de locaux raccordables
24011	CA Le Grand Périgueux	Antonne-et-Trigonant		2020							
24098	CA Le Grand Périgueux	Champcevinel		2020							
24102	CA Le Grand Périgueux	Chancelade		2019							
24108	CA Le Grand Périgueux	La Chapelle-Gonaguet		2020							
24115	CA Le Grand Périgueux	Château-Evêque		2020							
24138	CA Le Grand Périgueux	Coulouxièx-Chamiers		2018							
24139	CA Le Grand Périgueux	Coursac		2020							
24162	CA Le Grand Périgueux	Escoire		2020							
24256	CA Le Grand Périgueux	Marsac-sur-Isle		2019							
24312	CA Le Grand Périgueux	Notre-Dame-de-Samillac		2020							
24322	CA Le Grand Périgueux	Périgueux		2015							
24350	CA Le Grand Périgueux	Razac-sur-Isle		2020							
24557	CA Le Grand Périgueux	Trélissac		2015							
24037	Ville Centre	Bergerac		2015							

Avenant à la convention de programmation et de suivi des déploiements

- Fichier IPE précisant notamment le statut de chacun des locaux rattachés au PM (Raccordable sur demande / Raccordable dès autorisation / Raccordable) issu du groupe de travail Interop – disponible 2018

Donnée	Format	Présence	0 = non renseigné ou consultation ZFD lancée	1 = En cours de saisie (APD)	2 = Publication JHM	P3 = PM livré	Passage P3	CODE	PM UNITAIRE	PO, P3. Indiquer la pertinence de l'information mais dans tous les cas, la consultation de la base de données des CSV et/ou les CSV eux-mêmes sont de format fixe	
Identifiantimmeuble	Alphabétique - 13 caractères	Obligatoire si Codeadresseimmeuble non renseigné	O	?	?	?	?	A	A	Utilisation par certains CI tant que cas passé sur Mds3apost	1 ligne par immeuble dans le CSV mais la question au Niveau du bâtiment pose encore problème.
CodeVoieimmeuble	Alphabétique - 4 caractères	O	Oui					A	A		
CodeInseeimmeuble	Alphabétique - 5 caractères	O	Oui					A	A		
CodePostalimmeuble	Numérique - 5 caractères	O	Oui					A	A		
Communeimmeuble	Alphabétique	O	Oui					A	A		
CodeAdresseimmeuble	Alphabétique - 10 caractères	Obligatoire si Identifiantimmeuble non renseigné	O	Oui				A	A	adresse mds3apost Hexadéc	Attention non partagé par tous les opérateurs ; ou CodeInsee+CodeVoie+Numérovoies+extension
TypeAdresseimmeuble	Alphabétique	O	Oui					A	A		
NomVoieimmeuble	Alphabétique	O	Oui					A	A		
NumeroVoieimmeuble	Numérique - 5 caractères maximum	O	Oui					A	A	Rempli avec 0 quand pas de n° attribué dans cette rue, le 0 ne constitue pas une valeur par défaut, si le numéro est imposé de l'OI, le champ doit rester vide et sera motif à l'Etat de la ligne	Ne permet pas de gérer des regroupements de parcelles Type 166 170 => Hexadéc concilène 40-42 devient 4042. Plusieurs adresses pour le même bâtiment également. Problème identifié, non résolue
ComplémentNuméroVoieimmeuble	Valeurs possibles : [A - Z]	F	Oui					A	A	Région, soit "BIS" idem pour Ter etc	Idem gestion Hexadéc
Batimentimmeuble	Alphabétique	F	Oui					A	A	Région, soit "BIS" idem pour Ter etc	Nom du bâtiment
NombreLogementsAdressePE	Numérique - 5 caractères	O	Oui					A	A	par adresse. Le cible veut que ce nombre soit mis à jour avec le nb de logements du Cr MAD	On parle de logement et non de pièce car ententes, des commerces, des administrations => Préposition: Nb locaux FTTH ; SFR ne compte pas forcément les logements et les ententes => Réponse en attente ; Problème en suspens, la répartition des prises d'une adresse dans les différents immeubles
Etatimmeuble	CIBLE/SIGNE/EN COURS DE DEPLOIEMENT/DEPLOYE/ABANDONNE	O	Oui					A	A	ABANDONNE, uniquement les adresses abandonnées dans les 3 mois précédant la publication de l'IPE	
DateSignatureConvention	Numérique au format AAAAMMJJ	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
CodeInseeimmeuble	Alphabétique	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
CodePostalimmeuble	Numérique - 5 caractères	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
Communeimmeuble	Alphabétique	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
TypeZonegestionnaire	Alphabétique	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
NomVoiegestionnaire	Alphabétique	F	Oui					A	A		Obligatoire si TypeAdresseIMMEUBLE
NumeroVoiegestionnaire	Numérique - 5 caractères maximum	F	Oui					A	A	Rempli avec 0 quand pas de n° attribué dans cette rue, le 0 ne constitue pas une valeur par défaut, si le numéro est imposé de l'OI, le champ doit rester vide et sera motif à l'Etat de la ligne	Ne permet pas de gérer 166-170 rue xxx (vrai pour tous les champs numéros)
ComplémentNuméroVoiegestionnaire	Valeurs possibles : [A - Z]	F	Oui					A	A		Pas de bâtiment gestionnaire comme pour les autres adresses ? ref ligne 13 3)
DateSignature	Alphabétique	F	Oui					A	A		1)
DateCibleAdresse	Numérique au format AAAAMMJJ	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		Cas des MAD partielles. Si état immeuble < "deploye", Data prévisionnelle. Sinon, Data effective
DateSignatureMontagePM	Numérique au format AAAAMMJJ	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		
ReferencPM	Alphabétique - 20 caractères max	F	Oui					A	A		Préciser Référence PM de l'opérateur d'immeuble ; Accessible table de correspondance avec Référence PM OI
EtatPM	EN COURS DE DEPLOIEMENT/DEPLOYE/ABANDONNE	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		
DateInstallationPM	Numérique au format AAAAMMJJ	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		conditionné à la présence de la ref_PM. Si état PM < "deploye", Date prévisionnelle. Sinon, Date effective
TypeEspacePM	Alphabétique	O	Oui					A	A		localisation physique du PM (bagnoir, potEAU, chambre, intérieur...) ou type de PM (chauffer, armoire de rue, en basse...))
CommentaireLocalisationPM	Alphabétique	F	Oui					A	A		Pour expliciter si besoin la Localisation du PM (il n'a pas d'adresse par exemple) - PRÉCISER SI ADRESSE PRÉCISE OU APPROXIMATIVE
CapacitéMaxPM	Numérique	F	Oui					A	A		Capacité max de logement identifiable par le PM (cible est extérieur)
CodeVoiePM	Alphabétique - 4 caractères	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
CodeInseePM	Alphabétique - 5 caractères	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
CodePostalPM	Numérique - 5 caractères	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
CommunePM	Alphabétique	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
CodeAdressePM	Alphabétique	F	Oui					A	A		Hexadéc
TypeVoiePM	Alphabétique	F	Oui					A	A		
NomVoiePM	Alphabétique	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
NumeroVoiePM	Numérique - 5 caractères maximum	F	Oui					A	A		Rempli avec 0 quand pas de n° attribué (cible)
ComplémentNuméroVoiePM	Valeurs possibles : [A - Z]	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
BatimentPM	Alphabétique	F	Oui					A	A		Nom du bâtiment
TypeIngénierie	Alphabétique	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM
Réseauadresse	OUI	F	Oui					A	A		conditionné à la présence de la ref_PM. Cible veut que l'on ait ce champ en "conditionné"
NombreLogementsPM	Numérique - 5 caractères	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		conditionné à la présence de la ref_PM. Pas à jour pour le n+1 IPE
NombreColonnesMontantesPM	Numérique - 5 caractères	F	Oui					A	A		ne sera rempli que si justifié par l'Etat de l'OI, sert à relier avec la grille sur site
DateMiseEnServiceCommercialePM	Numérique au format AAAAMMJJ	F	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A	A		écrit par rapport à la V2.0 en brouillon (plus précise MAD)
ReferencConsultationBatterie	Alphabétique	F	Oui					A	A		Referenc de l'OI sur la consultation liée au PM
NombrePMTechniques	Numérique	F	Oui					A	A		gestion des PM techniques gérées PMO (cible plus)
Typeimmeuble	PAVILLON/IMMEUBLE	O	Oui					A	A		PAVILLON ou immeuble... pour savoir à quel type d'adresse on a affaire. A revoir avec notation de zone moins stricte
TypeTopographie	ADRESSE/AMBE/RC/P3	F	Oui					A	A		en attente des retours des différents opérateurs.
CoordonneePMX	Numérique	F	Oui					A	A		
CoordonneePMY	Numérique	F	Oui					A	A		
CoordonneePMZ	Numérique	F	Oui					A	A		
CodeCommuneimmeuble	Numérique	F	Oui					A	A		
RefRegroupementPM	Alphabétique	F	Oui					A	A		Référence de la zone de enrôlement concerné par ce PM (commande globale de PM par zone)
EmploimentActuelImmeuble	OUI	F	Oui					A	A		départ d'actif, si NA = N
QuatreAdresses	PRÉCISE/APPROXIMATIF	F	Oui					A	A		

Comment identifier on les immeubles sans ambiguïtés
 OUI => obligatoire à minima à cette étape
 VIDE = interdit
 Possible = mise à jour possible

Fait à

En 6 exemplaires

Pour l'Etat Monsieur Frédéric PERISSAT, Préfet	Pour le Conseil départemental de la Dordogne Monsieur le Président ou son représentant par délégation
Pour le Syndicat Mixte Périgord Numérique Monsieur Germinal PEIRO, Président	Pour Le Grand Périgueux Monsieur Jacques AUZOU, Président
Pour la Commune de Bergerac Monsieur Daniel GARRIGUE, Maire	Pour Orange Monsieur Eric ARDUIN, Délégué Régional Nouvelle Aquitaine Sud

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.7

Plan Précarité Pauvreté.

Avenant n° 2 à la convention d'appui à la lutte contre la précarité et d'accès à l'emploi.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.7

Plan Précarité Pauvreté.

Avenant n° 2 à la convention d'appui à la lutte contre la précarité et d'accès à l'emploi.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la loi N° 2018-1317 du 28 décembre 2018 portant loi de finances pour 2019,

VU les instructions N° DGCS/SD1/2019/24 du 4 février 2019 et N° DGCS/SD1/2019/196 du 25 septembre 2019 relatives à la stratégie de prévention et de lutte contre la précarité et d'accès à l'emploi,

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

VU les délibérations des Commissions Permanentes n° 19.CP.IV.13 du 17 juin 2019 et n° 19.CP.V.19 du 22 juillet 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE l'avenant n° 2 à la convention d'appui de lutte contre la précarité et d'accès à l'emploi ci-annexé.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.7 du 25 novembre 2019.



PREFET DE LA DORDOGNE

LE PREFET

Monsieur le Président,

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté lancée par le président de la République le 13 septembre 2018, 104 territoires sont engagés dès 2019 dans une démarche de contractualisation avec l'État afin qu'il leur apporte un soutien financier dans la mise en oeuvre de leurs compétences sociales.

Ces engagements réciproques se traduisent par la mise en oeuvre d'actions assorties d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats dans quatre domaines : prévenir toute « sortie sèche » pour les jeunes sortant de l'aide sociale à l'enfance (ASE), mettre l'accent sur l'insertion des bénéficiaires du revenu de solidarité active, refonder et revaloriser le travail social au service de toutes les familles, généraliser les démarches de premier accueil social inconditionnel de proximité et de référent de parcours.

A l'issue d'un travail préparatoire conduit par les services de l'État (DDCSPP, DT-DIRECTE) en étroite concertation avec la direction générale de solidarité et de la prévention du Conseil départemental de la Dordogne, nous avons, vous et moi, signé une convention le 28 juin dernier qui s'est concrétisée par la notification au Conseil départemental de 378 261, 78 €. Sur la base des données fournies par vos services concernant le nombre de jeunes placés auprès de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) qui atteindront leur majorité en 2019, un avenant à la convention initiale a été signé le 14 août pour un montant de 27 798, 59 €.

J'ai l'honneur de vous transmettre, ci-jointe, l'instruction DGCS/SD1B/2019/196 du 25 septembre 2019 relative à la mise en oeuvre des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi.

Elle prévoit, d'une part, l'octroi d'une enveloppe complémentaire pour les jeunes sortant de l'ASE à destination de l'ensemble des territoires signataires. Pour la Dordogne, le montant est de 12 200 €. Il devra faire l'objet d'un nouvel avenant à la convention initiale à signer dès que possible afin que les crédits puissent être versés avant la fin de la campagne budgétaire.

Elle réaffirme, d'autre part, la logique de résultats qui sous-tend la convention. La matrice des indicateurs de suivi de la contractualisation a été fortement simplifiée afin de mieux cibler l'atteinte des résultats. Les indicateurs restants sont annexés à la présente instruction.

Enfin, elle précise le modèle de rapport d'exécution qui fera état du niveau de réalisation des indicateurs au 31 décembre de l'année écoulée. Ce rapport sur lequel le département devra délibérer avant le 31 mars de l'année suivante, devra être transmis au préfet au plus tard le 15 avril.

En 2020, les montants des financements de l'Etat attribués à chaque département seront définis par avenant à la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi suite aux résultats obtenus et justifications produites au titre de l'année 2019.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Frédéric PERISSAT

Monsieur Germinal PEIRO
Président du Conseil Départemental
Hôtel du Département
2 rue Paul Louis Courier

24019 PERIGUEUX CEDEX

CAB		COM		SOG		TD		
DGS					ECO		PTE	
DAF		DRH		BA		HAB		LDAR
CPM		AJ		CAS		DEDD		
SPRP								
CES					AM			
SG		VA		ARCHIV		DPR		MOB
BDP		SCP		ARCHEO		BAT		DSIN
SPORT		DE		AC		DSP	<input checked="" type="checkbox"/>	COPIES

D G J
P. J.



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Délégation Interministérielle à la
Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté

Direction Générale de la Cohésion Sociale
Sous-direction de l'inclusion sociale,
de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté
Bureau de l'accès aux droits et de l'insertion

mél. : dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

La secrétaire d'Etat auprès de la ministre des
solidarités et de la santé

Le délégué interministériel à la prévention et à la lutte
contre la pauvreté

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Copie :

Mesdames et Messieurs les hauts commissaires
chargés de la prévention et de la lutte contre la
pauvreté

Mesdames et Messieurs les préfets de département

- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et
départementaux de la jeunesse, des sports et de la
cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de
la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs de la
jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des
entreprises, de la concurrence, de la consommation,
du travail et de l'emploi
- Mesdames et Messieurs les directeurs des entreprises,
de la concurrence, de la consommation, du travail et de
l'emploi
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux
de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux
de la cohésion sociale

INSTRUCTION N° DGCS/SD1B/2019/196 du 25 septembre 2019 relative à la mise en œuvre des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi

Date d'application : Immédiate

NOR : SSAA1925978J

Classement thématique : Action sociale - Exclusion

Visée par le SGMCAS le 24 septembre 2019

Résumé : Les 12 et 13 septembre 2019, une conférence nationale des acteurs de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté a tracé le bilan de la première année de mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté et les perspectives et priorités des années à venir, en particulier dans les territoires. Dès 2019, 104 territoires sont engagés dans cette démarche de contractualisation. La présente instruction précise le cadre de fin de gestion 2019 de la contractualisation entre l'Etat et les collectivités territoriales et les priorités d'action.

Mots-clés : Stratégie / Prévention et lutte contre la pauvreté / Contractualisation conseils départementaux

Texte de référence :

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

Instructions complétées :

- Circulaire N° DIPLP/2018/254 du 18 novembre 2018 relative à la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté
- Instruction N° DGCS/SD1/2019/24 du 04 février 2019 relative à la mise en œuvre territoriale de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans son volet « Contractualisation entre l'Etat et les départements d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi »

Annexes :

- Annexe 1 : Modalités de répartition des crédits complémentaires et non délégués relatifs à l'accompagnement des jeunes sortant de l'ASE et à la prévention spécialisée
- Annexe 2 : Matrice des indicateurs de la contractualisation
- Annexe 3 : Modalités de passation des avenants
- Annexe 4 : Avenant type 2019 à la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (annexe 4.1) et matrice des indicateurs à annexer (annexe 4.2)
- Annexe 5 : Modalités d'adoption et de transmission du rapport d'exécution annuel
- Annexe 6 : Modèle de rapport de suivi de l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi
- Annexe 7 : Modalités de préparation du cadre conventionnel 2020

Diffusion : Les destinataires de la note en assureront la diffusion auprès des départements.

Partant du constat que les acteurs locaux, et notamment les élus, sont les plus à même, au vu de leur connaissance fine des enjeux de leur territoire, d'engager les dynamiques nécessaires, la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté repose sur une mise en œuvre à partir des territoires, en complémentarité avec la gouvernance nationale dont elle fait l'objet. Cette orientation s'est concrétisée avec la nomination de 18 hauts-commissaires chargés de la prévention et de la lutte contre la pauvreté auprès des préfets de région le 2 septembre 2019.

1. Afin de concrétiser l'engagement du gouvernement en faveur de l'accompagnement des sortants de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la prévention spécialisée, des crédits complémentaires sont délégués à l'ensemble des départements signataires d'une convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi

L'accompagnement des sortants de l'Aide Sociale à l'Enfance pour les jeunes ayant bénéficié d'une mesure de placement a déjà fait l'objet d'une notification de crédits en deux temps :

- une première fois en février 2019 à partir des besoins exprimés par des territoires démonstrateurs projetés sur l'ensemble des départements à partir de critères sociodémographiques généraux,
- une seconde fois, afin d'affiner l'estimation des besoins, sur demande en fonction du nombre de jeunes bénéficiaires de mesures de placement atteignant la majorité en 2019, et selon la formule de calcul suivante :

$$\text{Nombre de jeunes bénéficiaires de mesures de placement} \times 20\% \times 2000\text{€}$$

Constatant que la part de jeunes en risque de rupture au moment du passage à la majorité est supérieure à 20 % dans de nombreux départements, l'Etat a décidé de surcroît de renforcer à nouveau et dès 2019 l'effort financier auprès de ce public. C'est pourquoi, l'ensemble des départements qui a contractualisé se voit à présent octroyer une enveloppe augmentée d'environ 20 % pour soutenir leurs actions en faveur des jeunes sortants de l'ASE. Ce complément forfaitaire est attribué en 2019 à l'ensemble des départements qui ont contractualisé. Toutefois, vous voudrez bien attirer l'attention des départements sur la nécessité de disposer, pour vérifier le respect des engagements et répartir les dotations 2020, du nombre de jeunes bénéficiaires de mesures de placement qui ont atteint la majorité en 2019, et du nombre de jeunes bénéficiaires de mesures de placement qui atteindront la majorité en 2020, ainsi que du montant du co-financement départemental tel que prévu par l'instruction du 4 février 2019 visée. Ces modalités sont décrites en annexe 1.

S'agissant de la prévention spécialisée, une quinzaine de projets répondant au vadémécum relatif au développement des actions de prévention spécialisée ont été retenus, portés par des conseils départementaux.

Ces financements supplémentaires relatifs au déploiement de ces deux mesures feront l'objet d'un avenant à la convention initiale qui devra être signé dans des délais compatibles avec les délais de fin de gestion fixés au niveau régional (modalités précisées en annexe 3 et modèle type en annexe 4), de sorte que les crédits soient impérativement versés aux conseils départementaux avant la fin de l'exercice budgétaire. Les crédits seront

délégués sur la base de la transmission préalable de votre part, avant le 08 novembre, des projets d'avenant ainsi que des dates d'examen de ceux-ci par la commission permanente ou l'assemblée délibérante des départements au moyen de l'adresse de messagerie fonctionnelle suivante :

dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr

A défaut de ces deux éléments, les crédits ne pourront pas être délégués.

Les hauts-commissaires s'assureront du respect du délai imparti à la rédaction de l'avenant, de la cohérence des montants financiers renseignés et du respect du cadre financier afin de fluidifier le processus de délégation des crédits.

Sur l'ensemble des mesures, en 2020, les montants des financements de l'Etat attribués à chaque département seront définis par avenant à la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi suite aux résultats obtenus et justifications produites au titre de l'année 2019. Les modalités de préparation du cadre conventionnel 2020 figurent en annexe 7.

2. La mise en œuvre des engagements conventionnels repose sur une logique de résultats, réaffirmée au travers d'une matrice d'indicateurs simplifiée sur laquelle les collectivités signataires d'une convention s'engagent

2.1 La simplification du tableau de bord des indicateurs de contractualisation

Si la définition des objectifs est figée, il appartient aux préfets de département, en lien avec les hauts-commissaires, de discuter avec la collectivité des cibles annuelles correspondant à chaque objectif et tenant compte, pour la première année, de l'avancement de la collectivité avant la contractualisation. Pour ce faire, une matrice d'indicateurs de suivi de la contractualisation (annexe 4.2) permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs doit figurer en annexe à la convention. Considérant leur multiplicité, il a été décidé une simplification et un meilleur ciblage sur les résultats attendus de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. C'est pour cette raison qu'à l'issue d'un groupe de travail avec des conseils départementaux, le nombre en a été réduit et un travail de définition a permis de limiter les interprétations.

Au regard de l'importance de ces éléments, les hauts-commissaires s'assureront que la matrice de suivi des indicateurs de la contractualisation qui figure en annexe de l'avenant soit bien remplie (annexe 4.2). Il est ainsi demandé de rappeler, pour chaque objectif, quelle était la situation au 31 décembre 2018 ainsi que les objectifs fixés par chaque département pour 2019, 2020 et 2021. Le T0 que constitue la situation au 31 décembre 2018 est primordial afin de faciliter l'appréciation d'une progression.

La nouvelle matrice de suivi des indicateurs de la contractualisation, assortis de leur définition, est jointe en annexe 2. Elle sera prise en compte au titre de l'avenant susmentionné.

2.2 Les modalités de reporting des indicateurs fixés dans les conventions et le suivi de l'exécution

Afin d'organiser la remontée des informations relatives aux indicateurs de suivi, un espace dédié est en cours de développement sur l'espace collaboratif de la stratégie. Cet espace sécurisé et commun à l'ensemble des départements permettra la saisie simple et rapide des informations relatives au suivi qui remonteront au niveau central pour traitement et analyse.

Les hauts-commissaires qui disposeront des données communiquées par les départements s'assureront de leur cohérence et en réaliseront une présentation synthétique.

Ils seront également amenés à jouer un rôle dans la production des données de suivi des mesures nationales de la stratégie pauvreté. Ils s'appuieront pour ce faire sur les administrations déconcentrées et les opérateurs, afin de produire un tableau de bord régional pouvant également inclure les données de suivi de la contractualisation produite par les départements. Ces informations, transmises régulièrement à l'administration centrale feront l'objet d'un traitement afin d'assurer le suivi national de la stratégie pauvreté.

Par ailleurs, la direction interministérielle de la transformation publique qui travaille actuellement en lien avec la CNAF et Pôle Emploi, s'est vue confier une mission sur l'échange des données en matière d'insertion, en lien avec plusieurs départements. Ces travaux participent à l'harmonisation des données recueillies et viennent à en faciliter la lecture.

Outre ce reporting, le suivi et l'évaluation de l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sont réalisés annuellement et de façon conjointe par le département et l'Etat. Pour ce faire, le département doit avoir délibéré chaque année au plus tard le 31 mars sur un rapport d'exécution dont les modalités d'adoption et de transmission et le modèle type figurent en annexes 5 et 6.

Ce rapport tiendra compte du niveau de réalisation des indicateurs de suivi au 31 décembre de l'année d'exécution qui s'est écoulée. Pour l'année 2019, il doit vous être adressé par l'intermédiaire des préfets de département, au plus tard le 15 avril 2020 et sera mis en ligne sur l'espace numérique de travail. Ce rapport sera accompagné d'une note de synthèse régionale qualitative, financière et quantitative des résultats obtenus, tenant compte des éléments d'analyse apportés par le conseil départemental, réalisée par les hauts-commissaires.

L'ensemble de ces éléments sera transmis à la DGCS au moyen de la boîte fonctionnelle (dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr) avant le 15 mai 2020 et constituera le support apportant les garanties nécessaires à la délégation des crédits en n+1.

L'approche par les réalisations et les résultats devenant un élément essentiel de mesure des avancées territoriales de la stratégie, nous attirons votre attention sur le soin à apporter à la fixation annuelle des cibles. Nous reviendrons vers vous dans le courant du mois de décembre pour apporter les précisions utiles sur la façon dont seront appréciés l'atteinte des résultats.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'avenant type en annexe 4 à la présente instruction prévoit en outre explicitement la possibilité d'adapter le montant des subventions ultérieures ou de demander le reversement de tout ou partie des sommes payées au titre de

la convention initiale en cas d'inexécution totale ou partielle par le Département des actions financées par l'Etat.

2.3 Paramétrage de l'espace dédié

L'espace dédié au reporting des indicateurs de suivi de la contractualisation sera disponible dans les prochains jours sur l'espace collaboratif de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Afin de le rendre opérationnel, il est nécessaire que chaque département signataire d'une convention avec l'Etat nomme un référent « contributeur » chargé de renseigner les indicateurs à chaque période demandée ainsi qu'un référent « valideur » qui sera chargé de valider les données renseignées et de décider de leur transmission dans les délais. Rien n'empêche que chaque département organise ses propres modalités de mesure et de récupération des données mais vous veillerez bien à ce que seuls deux interlocuteurs (contributeur et valideur) soient désignés.

Les conseils départementaux devront vous communiquer pour le 1^{er} novembre 2019, les nom, fonction, téléphone et courriel des deux personnes chargées de contribuer et de valider.

Une première session de reporting sera par ailleurs organisée entre le 1^{er} et le 15 décembre 2019 afin de bénéficier de premières informations de suivi.

Un mode d'emploi pour la prise en main de l'espace dédié sera préalablement envoyé aux correspondants désignés.

3. Outre la contractualisation, le gouvernement souhaite dès 2019 donner des marges de manœuvre supplémentaires aux territoires, portées par les hauts-commissaires à la lutte contre la pauvreté

Pour piloter la mise en œuvre territoriale de la stratégie, des hauts-commissaires à la lutte contre la pauvreté ont été placés à vos côtés. A l'échelle régionale, ils mobilisent l'ensemble des acteurs concernés. Ils travaillent avec les préfets de département au suivi de la contractualisation avec les conseils départementaux. Ils s'assurent de la réussite de cette démarche qui repose sur des indicateurs de suivi et favorisent la diffusion des pratiques inspirantes de certains territoires en les portant à la connaissance de tous les acteurs. A cet effet, les hauts-commissaires – en lien avec les Préfets de département – disposent des éléments d'évaluation en provenance des départements pour produire une synthèse qualitative et quantitative des résultats obtenus dans tous les départements de la région. Par ailleurs, ils préparent et organisent deux fois par an les conférences régionales de prévention de lutte contre la pauvreté qui associeront tous les acteurs concernés, en vue de faire le bilan de la mise en œuvre de la stratégie et d'actualiser les feuilles de route régionales.

En 2019, près de 4 M€ seront confiés aux hauts-commissaires pour financer des projets qui s'inscrivent à la fois dans le cadre des objectifs de la stratégie et dans les travaux conduits par les groupes de travail thématiques de la région.

La question du soutien aux jeunes majeurs sortants de l'Aide Sociale à l'Enfance étant une priorité du gouvernement, le volume des crédits consacrés à cet axe de la stratégie sera augmenté d'ici la fin de l'année. Une enveloppe de 1,7M€, au sein de ces 4M€, sera déléguée de manière forfaitaire aux hauts-commissaires qu'ils répartiront en fonction des

besoins chiffrés qui seront établis et documentés en lien avec les départements concernés. La priorité sera donnée aux actions permettant de garantir un accès au logement des jeunes majeurs les plus vulnérables. Vous vous assurerez également de la mise en œuvre de dispositifs permettant d'assurer un accès prioritaire des jeunes sortants de l'Ase au droit commun en matière de logement (FJT, CROUS, logement social). Un bilan des actions conduites en 2019 concernant l'accompagnement des sortants de l'Aide Sociale à l'Enfance sera établi par chaque Haut-Commissaire avant la fin de l'année 2019. En 2020, une circulaire spécifique permettra de définir les modalités de répartition des crédits et les actions prioritaires à conduire, ainsi que les indicateurs de résultat qui devront être recueillis concernant cet axe de la stratégie.

Outre ces crédits confiés aux hauts-commissaires, pour les territoires concernés, les crédits mobilisés dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté pour le financement de postes d'éducateurs spécialisés dans un nombre limité de quartiers de reconquête républicaine feront l'objet, pour les territoires concernés, d'une notification distincte.

Enfin et pour rappel, la participation des personnes concernées est un objectif majeur de la stratégie. A ce titre, il est rappelé que vous pouvez vous appuyer sur des acteurs associatifs locaux pour accompagner la participation de personnes concernées (mobilisation et accompagnement des personnes concernées) et qui prendront en charge les frais liés à la participation. Ces frais peuvent inclure la couverture des frais de salaire des salariés de l'association mobilisés pour ces actions.

Pour la Ministre et par délégation,

Le Délégué Interministériel à la
Prévention et la Lutte contre la Pauvreté

La Directrice générale de la
Cohésion Sociale

signé

Olivier NOBLECOURT

signé

Virginie LASSERRE

ANNEXE 1

Modalités de répartition des crédits complémentaires et non délégués relatifs à l'accompagnement des jeunes sortant de l'ASE et à la prévention spécialisée

Les crédits relatifs à l'accompagnement des jeunes sortant de l'ASE

Pour les départements ayant reçu un accord suite à leur demande de crédits complémentaires, mais pour lesquels ce premier complément n'a pas pu être pris en compte dans la convention initiale et n'a en conséquence pas encore été délégué, le montant nouvellement délégué comprendra les deux compléments.

Ces crédits supplémentaires devront faire l'objet d'un co-financement au moins équivalent des conseils départementaux. Comme indiqué dans l'instruction N° DGCS/SD1/2019/24 du 04 février 2019, il est possible pour les départements de valoriser des moyens financiers déjà existants pour les actions d'accompagnement des jeunes sortants de l'ASE.

Les crédits relatifs à la prévention spécialisée

Suite à l'instruction du 4 février 2019 puis à la publication d'un vademécum relatif au développement des actions de prévention spécialisée dans le cadre de la contractualisation entre l'Etat et les départements, les propositions portées par les collectivités pour développer les actions ont été étudiées conjointement par la délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté et par la direction générale de la cohésion sociale.

Pour les territoires ayant fourni l'ensemble des éléments demandés par la DGCS, les crédits afférents sont pris en compte dans la seconde délégation.

Les crédits seront notifiés à chaque préfet de région et de département par messagerie.

Pour mémoire, pour les territoires concernés, les crédits mobilisés dans le cadre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté pour le financement de postes d'éducateurs spécialisés dans un nombre limité de quartiers de reconquête républicaine feront l'objet d'une notification distincte, et n'entrent pas dans le périmètre de l'avenant figurant en annexe 4.

ANNEXE 2 : MATRICE DES INDICATEURS DE LA CONTRACTUALISATION

Objectifs	Indicateurs	Commentaires et Eléments de définition
1. Enfants et jeunes		
1.1. Prévention sortie sèche de l'ASE	Nombre de jeunes devenus majeurs dans l'année	Jeunes confiés à l'ASE
	Nombres de jeunes pris en charge dans le cadre du référentiel	Depuis la dernière remontée d'informations
1.1.1. Préservation du lien de référence	Nombre de jeunes ayant pu choisir leur personne lien au moment de la contractualisation	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MINA compris. La personne lien doit avoir été entérinée par l'ASE. Ce peut être : ASE, mission locale, tiers digne de confiance, éducateurs, famille d'accueil...
	Nombre de jeunes avec un logement stable	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MINA compris. Tout logement hors hébergement d'urgence, A la fin de l'accueil ASE, Parmi les jeunes qui sont accueillis/accompagnés au moment de leur 18 ans.
1.1.2. Revenu et accès aux droits	Nombre de jeunes ayant accès à des ressources financières	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MINA compris. Ressources = salaires, bourse, RSA majoré, ... hors aides ponctuelles.
1.1.3. Insertion sociale et professionnelle, formation et mobilité	Nombre de jeunes dans un parcours professionnel et/ou scolaire	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MINA compris. Avoir un contrat de tout type, être inscrit dans une formation ou parcours d'insertion professionnelle.
1.2. Maraudes mixtes État/CD pour les enfants à la rue		
	Nombre de familles rencontrées par la maraude	En TO indiquer le nombre de familles dans les bidonvilles --> données DJHAL. La remontée d'information consiste à indiquer le nombre de familles rencontrées rapportées au nombre total.
	Nombre d'adultes et nombre de mineurs mis à l'abri.	Mise à l'abri = orientation vers une structure d'hébergement d'urgence.
	Ouverture de droits pour les enfants et les familles	Quels droits : domiciliation, scolarisation, assurance maladie. Parmi les enfants et les familles rencontrées.
	Nombre d'enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance	Distinguer mesures éducatives et mesures de placement.

2. Renforcer les compétences des travailleurs sociaux	
2.1. Premier accueil social Inconditionnel de proximité	
2.1.1. <u>Maillage et réseau d'acteurs</u>	<p>Taux de couverture de premier accueil social inconditionnel par département accessible à moins de 30 minutes</p> <p>Nombre de structures ou lieux susceptibles de s'engager dans la démarche de premier accueil inconditionnel.</p> <p>Nombre de structures réellement engagées dans la démarche de premier accueil inconditionnel</p> <p>Nombre de personnes accueillies par les structures engagées dans la démarche de premier accueil inconditionnel</p>
2.1.2. <u>Suivi des structures</u>	<p>Cf référentiel du premier accueil social inconditionnel qui en définit les conditions. A minima présence d'une personne en capacité d'assurer une première orientation. Formation de la compétence pour assurer un premier niveau d'écoute et d'orientation.</p> <p>Maisons départementales, MSAP, CCAS, communauté de communes, centres sociaux</p> <p>Depuis la dernière remontée d'informations</p>
2.2. Référent de parcours	
	<p>Nombre d'intervenants sociaux formés ou sensibilisés à la démarche du référent de parcours</p> <p>Nombre total de personnes accompagnées par un référent de parcours</p>
3. Insertion des allocataires du RSA	
3.1. Insertion et parcours des allocataires	
3.1.1. <u>Instruire et orienter rapidement vers un organisme accompagnateur</u>	<p>Nombre de nouveaux entrants</p> <p>Nombre de nouveaux entrants orientés en 1 mois et moins</p> <p>Nombre total de 1er rendez-vous d'accompagnement fixé</p> <p>Nombre de 1er rendez-vous fixés dans le délai de 2 semaines</p> <p>Nombre total de 1er contrat d'engagement</p> <p>Nombre de 1er contrat d'engagement dans les 2 mois</p> <p>Nombre de 1er contrat d'engagement dans les 2 mois</p>
3.1.2. <u>Démarrer rapidement un parcours d'accompagnement</u>	<p>Depuis la dernière remontée d'informations</p> <p>Date d'entrée = date de transmission CAF quotidienne. Date de notification de l'orientation. Concerne ceux qui ont fait la demande de RSA. L'objectif est de réduire ce délai à un mois.</p> <p>L'objectif est de deux semaines à compter de la date d'orientation. Concerne le social et le socio pro donc hors pôle emploi.</p>
3.1.3. <u>Rencontrer l'intégralité des allocataires pour initier leur parcours d'accompagnement</u>	<p>Concerne les nouveaux entrants donc non compris les renouvellements</p> <p>A partir de la notification d'orientation</p>
3.2. Garantie d'activité	
3.2.1. <u>Garantie d'activité départementale</u>	<p>Nombre de bénéficiaires du RSA orientés vers la garantie d'activité dont l'accompagnement global</p> <p>Nombre de bénéficiaires en cours d'accompagnement par la garantie d'activité (dont accompagnement global + dont garantie d'activité départementale)</p> <p>Nombre de personnes accompagnées par conseiller dédié à l'accompagnement global</p> <p>Flux. Entre deux remontées d'informations</p> <p>Stock</p>
3.2.2. <u>Accompagnement global porté par Pôle emploi :</u>	<p>Délai moyen du démarrage de l'accompagnement global (reporting assuré par pôle emploi)</p> <p>Conseiller = binôme pôle emploi / département. Rappel de l'objectif : 70 personnes par binôme</p> <p>L'objectif à atteindre est de moins de 3 semaines. Les départements doivent s'engager sur un objectif annuel de réduction et atteindre cet objectif en 2020</p>

ANNEXE 3

Modalités de passation des avenants

Les crédits mentionnés dans l'annexe 1 seront délégués sur les budgets opérationnels de programme (BOP) régionaux du programme 304 sur la base de la transmission préalable de votre part, avant le 08 novembre 2019, des projets d'avenant ainsi que des dates d'examen de ceux-ci par la commission permanente ou l'assemblée délibérante des départements au moyen de l'adresse de messagerie fonctionnelle suivante :

dqcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr

A défaut de ces deux éléments, les crédits ne pourront être délégués.

A réception des crédits sur les BOP, les responsables de BOP devront subdéléguer les crédits sur les unités opérationnelles (UO) départementales. Ces crédits financent les actions relatives à la prévention de « toute sortie sèche pour les jeunes sortant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) » et, le cas échéant, le renforcement ou la création d'actions de terrain relevant de la prévention spécialisée.

L'avenant à la convention, tenant compte des crédits pré-notifiés pour les mesures « prévenir toute « sortie sèche » des jeunes sortants de l'ASE » et prévention spécialisée mentionnés à l'annexe 1, devra être signé par le Préfet de Département et par le Président du Conseil départemental dans des délais compatibles avec les délais de fin de gestion fixés au niveau régional, de sorte que les crédits soient impérativement versés aux conseils départementaux avant la fin de l'exercice budgétaire.

Les hauts-commissaires s'assureront du respect du délai imparti à la rédaction de l'avenant, de la cohérence des montants financiers renseignés et du respect du cadre financier afin de fluidifier le processus de délégation des crédits.

Vous transmettez à la DGCS les documents au moyen de l'adresse de messagerie fonctionnelle suivante :

dqcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr

Dès signature, vous enregistrerez une copie scannée de chaque avenant sur l'Espace numérique de travail de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Un avenant-type à la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi figure à l'annexe 4 de la présente instruction.

Cet avenant prévoit en outre explicitement la possibilité d'adapter le montant des subventions ultérieures ou de demander le reversement de tout ou partie des sommes payées au titre de la convention initiale en cas d'inexécution totale ou partielle par le Département des actions financées par l'Etat.



AVENANT n°2

à la

CONVENTION D'APPUI À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET D'ACCÈS À L'EMPLOI (CALPAE)

Entre

L'État, représenté par Monsieur Frédéric PERISSAT, Préfet du Département de la Dordogne, et désigné ci-après par les termes « le Préfet », d'une part,

Et

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental de la Dordogne, et désigné ci-après par les termes « le Département », d'autre part,

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019

Vu l'instruction n° DGCS/SD1/2019/24 du 04 février 2019 relative à la mise en œuvre territoriale de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté dans son volet « Contractualisation entre l'Etat et les départements d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi »

Vu l'instruction n° DGCS/SD1B/2019/196 du 25 septembre 2019 relative à la mise en œuvre des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi

Vu la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi signée le *[indiquer la date de signature de la convention]* entre l'Etat et le Département de *[indiquer le nom du département]*, ci-annexée,

Vu la délibération de la Commission permanente du Département de la Dordogne en date du 25 novembre 2019 autorisant le Président du Conseil départemental à signer le présent avenant à la convention,

Il est convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi engagent l'Etat et le Département sous la forme d'engagements réciproques qui consistent en une série de mesures qui en constituent le socle :

- Prévenir toute « sortie sèche » pour les jeunes sortants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;

- Refonder et revaloriser le travail social au service de toutes les familles en généralisant les premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité et la démarche du référent de parcours ;
- L'amélioration de l'insertion des allocataires du revenu de solidarité active.

Les conventions portent également sur des actions consacrées à des initiatives portées par les départements et s'inscrivant dans les axes de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Enfin, des crédits de la contractualisation sont réservés à certains territoires en fonction de leur situation :

- La création ou le renforcement de maraudes mixtes associant les compétences logement / hébergement/scolarisation de l'Etat et les compétences d'action sociale et de protection de l'enfance des départements ;
- Le renforcement ou la création d'actions de prévention spécialisée.

Cet avenant a pour objet le versement d'un complément financier sur la mesure « prévention de toute « sortie sèche » pour les jeunes sortants de l'ASE ».

[Le présent avenant prévoit également le montant des crédits versés aux départements dont les projets ont été sélectionnés suite à l'appel à projet sur le renforcement ou la création d'actions de terrain relevant de la prévention spécialisée.]

En conséquence, l'avenant ajustera le montant définitif de la convention.

Enfin, l'avenant prévoit les indicateurs à prendre en compte dans le cadre du suivi de la contractualisation et leur fréquence de reporting.

ARTICLE 1

La convention initiale signée le 28 juin 2019 entre l'Etat et le Département de Dordogne porte sur un soutien financier de l'Etat à hauteur de 378.261,89 €.

Ce soutien financier est complété de 39.998,59 € portant sur les actions suivantes :

- *Prévention sorties sèches de l'ASE : 27.798,59 €.*
- *Prévention sorties sèches de l'ASE : 12.200 €*

Ces financements complémentaires portent le montant de la convention entre l'Etat et le Département à 418.260,48 €.

ARTICLE 2

Indicateurs figurant dans la convention initiale

La colonne « indicateurs » de l'annexe A de la convention initiale est supprimée.

Les indicateurs figurant dans les fiches actions annexées à la convention initiale, tirés des documents de référence et correspondant aux indicateurs figurant dans l'annexe A sont supprimés également et n'engagent plus le département.

Nouveaux indicateurs qui se substituent

Le département s'engage sur la matrice des indicateurs de la contractualisation figurant en annexe au présent avenant.

La matrice figurant en annexe est complétée, pour chaque indicateur, par la valeur de l'indicateur à la date du 31/12/2018 et par les objectifs à atteindre en 2019, 2020 et 2021 afin que puisse être mesuré, sur la période, l'écart à la valeur initiale.

ARTICLE 3

L'article 2.3.1 « Financement par l'Etat » de la convention est complété comme suit :

« En cas d'inexécution totale ou partielle par le Département des actions financées par l'Etat au titre de la présente convention, ce dernier diminuera à due concurrence le montant des subventions ultérieures ou demandera le reversement de tout ou partie des sommes payées au titre de la présente convention. »

(...)

ARTICLE 4

Le présent avenant prend effet à la date de sa signature.

ARTICLE 5

L'ensemble des autres dispositions de la convention initiale demeurent inchangées.

Fait à Périgueux, le

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne,

Germinal PEIRO.

Le Préfet de la Dordogne,

Frédéric PERISSAT.

Pour visa, le directeur régional des finances publiques de Nouvelle Aquitaine.

ANNEXE A L'AVENANT : MATRICE DES INDICATEURS DE LA CONTRACTUALISATION

Objectifs	Indicateurs	Commentaires et éléments de définition	Situation au 31 déc. 2018	Rappel de l'objectif que vous avez fixé pour le 31 décembre 2019	Rappel de l'objectif que vous avez fixé pour 2020	Rappel de l'objectif que vous avez fixé pour 2021
1. Enfants et jeunes						
1.1. Prévention sortie sèche de l'ASE						
	Nombre de jeunes devenus majeurs dans l'année	Jeunes confiés à l'ASE	60			
	Nombre de jeunes pris en charge dans le cadre du référentiel	Depuis la dernière remontée d'informations	85			
<u>1.1.1. Préservation du lien de référence</u>	Nombre de jeunes ayant pu choisir leur personne lien au moment de la contractualisation	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MNA compris. La personne lien doit avoir été entérinée par l'ASE. Ce peut être : ASE, mission locale, tiers digne de confiance, éducateurs, famille d'accueil,...	85			
	Nombre de jeunes avec un logement stable	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MNA compris. Tout logement hors hébergement d'urgence. A la fin de l'accueil ASE, Parmi les jeunes qui sont accueillis/accompagnés au moment de leur 18 ans.	7			
<u>1.1.2. Revenu et accès aux droits</u>	Nombre de jeunes ayant accès à des ressources financières	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MNA compris. Ressources = salaires, bourse, RSA majoré, ... hors aides ponctuelles.	ND	Création d'un outil de suivi		
<u>1.1.3. Insertion sociale et professionnelle, formation et mobilité</u>	Nombre de jeunes dans un parcours professionnel et/ou scolaire	Jeunes ayant eu 18 ans au cours de l'année civile, MNA compris. Avoir un contrat de tout type, être inscrit dans une formation ou parcours d'insertion professionnelle.	ND	Création d'un outil de suivi		
1.2. Maraudes mixtes État/CD pour les enfants à la rue						
	Nombre de familles rencontrées par la maraude	En 10 Indiquer le nombre de familles dans les bidonvilles --> données DIHAL. La remontée d'information consiste à indiquer le nombre de familles rencontrées rapportées au nombre total.				
	Nombre d'adultes et nombre de mineurs mis à l'abri.	Mise à l'abri = orientation vers une structure d'hébergement d'urgence.				
	Ouverture de droits pour les enfants et les familles	Quels droits : domiciliation, scolarisation, assurance maladie. Parmi les enfants et les familles rencontrées.				
	Nombre d'enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance	Distinction mesures éducatives et mesures de placement.				
2. Renforcer les compétences des travailleurs sociaux						
2.1. Premier accueil social Inconditionnel de proximité						
	Taux de couverture de premier accueil social inconditionnel par département accessible à moins de 30 minutes	Cf référentiel du premier accueil social inconditionnel qui en définit les conditions. A minima présence d'une personne en capacité d'assurer une première orientation. Formation de la compétence pour assurer un premier niveau d'écoute et d'orientation.	80%			
<u>2.1.1. Maillage et réseau d'acteurs</u>	Nombre de structures ou lieux susceptibles de s'engager dans la démarche de premier accueil inconditionnel	Maisons départementales, MSAP, CCAS, communauté de communes, centres sociaux	73			
<u>2.1.2. Suivi des structures</u>	Nombre de structures réellement engagées dans la démarche de premier accueil inconditionnel	Depuis la dernière remontée d'informations	73			

	Nombre de personnes accueillies par les structures engagées dans la démarche de premier accueil inconditionnel		30168	
2.2. Référent de parcours				
	Nombre d'intervenants sociaux formés ou sensibilisés à la démarche du référent de parcours	Cf référentiel pour qualifier ce qu'est un référent de parcours.	40	
	Nombre total de personnes accompagnées par un référent de parcours	Ensemble des personnes bénéficiant d'un référent de parcours	ND	
3. Insertion des allocataires du RSA				
3.1. Insertion et parcours des allocataires				
	Nombre de nouveaux entrants	Depuis la dernière remontée d'informations	1825	
<i>3.1.1. Instruire et orienter rapidement vers un organisme accompagnateur</i>	Nombre de nouveaux entrants orientés en 1 mois et moins	Date d'entrée = date de transmission CAF quotidienne. Date de notification de l'orientation. Concerner ceux qui ont fait la demande de RSA. L'objectif est de réduire ce délai à un mois.	ND	
<i>3.1.2. Démarrer rapidement un parcours d'accompagnement</i>	Nombre total de 1er rendez-vous d'accompagnement fixé	L'objectif est de deux semaines à compter de la date d'orientation. Concerner le social et le socio pro donc hors pôle emploi.	ND	
	Nombre de 1er rendez-vous fixés dans le délai de 2 semaines		ND	
	Nombre total de 1er contrat d'engagement	Concerner les nouveaux entrants donc non compris les renouvellements	ND	
<i>3.1.3. Rencontrer l'intégralité des allocataires pour initier leur parcours d'accompagnement</i>	Nombre de 1er contrat d'engagement dans les 2 mois	A partir de la notification d'orientation	ND	
3.2. Garantie d'activité				
	Nombre de bénéficiaires du RSA orientés vers la garantie d'activité dont l'accompagnement global	Flux. Entre deux remontées d'informations	1083	
<i>3.2.1. Garantie d'activité départementale</i>	Nombre de bénéficiaires en cours d'accompagnement par la garantie d'activité (dont accompagnement global + dont garantie d'activité départementale)	Stock	ND	
	Nombre de personnes accompagnées par conseiller dédié à l'accompagnement global	Conseiller = binôme pôle emploi / département. Rappel de l'objectif : 70 personnes par binôme.	53	
<i>3.2.2. Accompagnement global porté par Pôle emploi :</i>	Délai moyen du démarrage de l'accompagnement global (reporting assuré par pôle emploi)	L'objectif à atteindre est de moins de 3 semaines. Les départements s'engagent sur un objectif annuel de réduction et atteindre cet objectif en 2020	33 Jours	

ANNEXE 5

Modalités d'adoption et de transmission du rapport d'exécution annuel

Le suivi et l'évaluation de l'exécution de la convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi sont réalisés annuellement et de façon conjointe par le département et l'Etat. Pour ce faire, le département doit avoir délibéré chaque année au plus tard le 31 mars sur un rapport d'exécution.

Un dialogue entre les services de l'Etat et les départements permettra d'échanger sur les résultats du département et l'atteinte ou non des cibles fixées. Cette phase pourra s'étendre sur une période d'un mois et permettra de définir les crédits qui pourront être délégués sur l'année n. Elle permettra également d'aboutir le cas échéant, à l'adaptation des cibles annuelles à atteindre pour le département.

Ce rapport tiendra compte du niveau de réalisation des indicateurs de suivi au 31 décembre de l'année d'exécution qui s'est écoulée. Il doit vous être adressé par l'intermédiaire des préfets de département, au plus tard le 15 avril 2020 et sera mis en ligne sur l'espace numérique de travail. Ce rapport sera accompagné d'une note de synthèse régionale qualitative, financière et quantitative des résultats obtenus, tenant compte des éléments d'analyse apportés par le conseil départemental, réalisée par les hauts-commissaires.

La note d'analyse, ainsi que les rapports d'exécution de l'ensemble des départements de la région, seront transmis à la DGCS au moyen de la boîte fonctionnelle (dqcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr) avant le 15 mai 2020 et constituera le support apportant les garanties nécessaires à la délégation des crédits en n+1.

Il est rappelé que les dépenses départementales équivalant aux recettes perçues de la part de l'Etat sont exclues du calcul de l'évolution des dépenses de fonctionnement, issu du Pacte de Cahors.

En effet, en cas d'inexécution et sous réserve des justifications qui pourraient être apportées, les crédits versés au département pourront être diminués ou faire l'objet d'une demande de reversement.

Un modèle de rapport d'exécution que vous transmettez au département figure en annexe 6.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.8

Conventions avec les ateliers chantiers d'insertion en faveur de l'insertion socioprofessionnelle des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.8

Conventions avec les ateliers chantiers d'insertion en faveur de l'insertion socioprofessionnelle
des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).

Section : FONCTIONNEMENT	DEPENSES
Imputation : 9344 / 444 / 6558 / 0 / 0 /	
Crédits de paiement votés	: 808 290,00€
Décision : Engagement CP N° :	: 102 349,00€
Crédits de paiement disponibles après la Com. Perm ^{te} .	: 55 691,46€

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU le Règlement d'attribution des aides financières aux Structures d'insertion, objet de la
délibération du Conseil départemental n° 16-181 du 31 mars 2016,

VU l'avis favorable de la Commission RSA en date du 13 novembre 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE les conventions ci-annexées, dans le cadre du Revenu de Solidarité Active (RSA),
entre le Département de la Dordogne et les Associations suivantes :

- L'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24) sise 11, rue Jean Bouin - 24660
COULOUNIEIX-CHAMIERES – Annexe I,
- Les Restaurants du Cœur sis 2, rue Pierre Fanlac - 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERES –
Annexe II.

Ces crédits sont alloués sur le chapitre 9344, article fonctionnel 444 selon la répartition suivante :

Structures	Intitulé de l'action d'insertion 2019	Montants proposés FDI
AFAC 24	Aide au fonctionnement d'un Atelier Chantier d'Insertion (ACI) au travers des supports suivants : restaurant d'insertion et garage solidaire (site de Périgueux)	52.349 €
Les Restaurants du Cœur	Aide au fonctionnement d'un ACI au travers d'un jardin d'insertion	50.000 €

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe I à la délibération n° 19.CP.VIII.8 du 25 novembre 2019.

CONVENTION AVEC L'ASSOCIATION FORMATION AVENIR CONSEIL 24 (AFAC 24)
« Atelier Chantier d'Insertion (ACI) »

ENTRE

Le Département de la DORDOGNE sis 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, n° SIRETD 222 400 012 000 19, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « le Département », d'une part,

ET

L'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24), sise 11, rue Jean Bouin - 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERES, régulièrement déclarée en Préfecture sous le n° SIRET 419833751 représentée par son Président en exercice,

Ci-après dénommée « l'Association », d'autre part.

- VU le Code Général des Collectivités Territoriales,
- VU le Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) et notamment ses articles 106 à 109,
- VU le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) et notamment son article L.3211-1, tel que modifié par la loi 2015-991 du 7 août 2015,
- VU l'article 9-1 de la loi 2000-321 du 21 avril 2000,
- VU la décision de la Communauté Européenne du 20 décembre 2011 n° 2012-21 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne aux aides d'Etat sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de Services d'Intérêt Economique Général,
- VU le règlement n° 360-2012 de la Commission Européenne relatif à l'application des articles 107 et 108 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des Services d'Intérêt Economique Général,
- VU la délibération du Conseil général de la Dordogne n° 11-199 du 11 février 2011 adoptant le Programme Départemental d'Insertion (PDI) - Orientations Départementales 2011-2014,
- VU la délibération de la Commission Permanente du Conseil général de la Dordogne n° 13.CP.VIII.41 du 9 septembre 2013 approuvant le Pacte Territorial pour l'Insertion (PTI) de la Dordogne,
- VU la délibération du Conseil départemental de la Dordogne n° 16-181 du 31 mars 2016 approuvant le Règlement d'attribution des aides financières aux Structures d'insertion,

Préambule

Les Structures d'insertion sociale et socioprofessionnelle sont des acteurs incontournables et indispensables dans la lutte contre l'exclusion et le développement solidaire des territoires.

Leur action s'inscrit pleinement dans les missions d'intérêt général relatives à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social et à l'autonomie pour les personnes en voie d'insertion professionnelle ou éloignées de l'emploi, en référence à la rédaction de l'article L.3211-1 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Dans ce sens, le projet initié, conçu et déposé auprès du Pôle RSA - Lutte contre l'Exclusion par l'Association participe à la politique d'insertion territoriale mise en œuvre par le Département.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir :

- l'action d'insertion menée par l'Association et pour laquelle le département s'engage à un soutien financier,
- les responsabilités et participations respectives des cosignataires pour l'organisation, le fonctionnement et les conditions d'attribution de la participation du Département affectée à l'action d'insertion au profit des allocataires du RSA et dont la description figure à l'article 4.

Article 2 : Public concerné

La participation du Département à l'action d'insertion objet de cette convention cible des allocataires du RSA orientés par les Référents Insertion du Département à l'appui d'une prescription nominative.

Article 3 : Territoire d'intervention

Il portera sur l'Agglomération du Grand Périgueux.

Article 4 : Action soutenue

Il s'agit de la mise en œuvre, sous la responsabilité de l'Association, d'une action d'insertion de type « atelier et chantier d'insertion ».

Pour rappel, « l'atelier et chantier d'insertion » est une des composantes de la politique d'Insertion par l'Activité Économique qui est placée sous la compétence de l'État. Seules les Structures ayant obtenu un agrément de l'Etat peuvent conduire ce type d'action d'insertion.

La démarche pédagogique de « l'atelier et chantier d'insertion » vise à faciliter l'insertion sociale et professionnelle de personnes rencontrant des difficultés en les mettant en situation de travail sur une ou plusieurs activités économiques servant de support d'insertion.

Celles portées par l'Association sont les suivantes :

- Restaurant d'insertion,
- Garage solidaire (site de Périgueux).

La démarche pédagogique inclut une dimension d'accompagnement qui vise à permettre l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être à partir des contraintes de production.

Cet accompagnement articule donc des temps d'apprentissage, de vie collective, de démarches individualisées, de formation, de résolutions de problèmes, etc. afin d'aider chaque personne à atteindre les objectifs préalablement définis avec le prescripteur.

Ainsi, il a pour objectifs spécifiques :

- de mettre les personnes en situation de travail : réadaptation à la vie sociale, au rythme de travail,
- d'amener les personnes à retrouver une autonomie,
- de conduire les personnes à intégrer ou à réintégrer les contraintes inhérentes à la vie professionnelle,
- de permettre aux personnes de faire le point sur leurs savoir-faire, leurs aptitudes et leurs centres d'intérêts afin d'élaborer un projet professionnel. Cet accompagnement socioprofessionnel est conduit pendant le temps de travail, il est de la responsabilité de toutes les composantes de la Structure support du chantier,
- d'identifier les compétences acquises (techniques et savoir-être), capitaliser ces compétences et qualifications au travers d'un outil de suivi,
- de donner aux personnes une connaissance et/ou une approche des métiers qui leur sont accessibles,
- de proposer une organisation favorisant l'accès aux dispositifs de formation sur les temps de travail,
- d'orienter et accompagner l'entrée en formation ou l'accès à l'emploi de chaque bénéficiaire à l'issue de son contrat ou toute autre orientation validée par le Comité de suivi et/ou le Référent du parcours,
- de délivrer à l'échéance du contrat une attestation d'expérience propre à chaque salarié.

Dans ce cadre, l'Association s'engage à :

- assurer un encadrement social et technique pour les personnes qu'elle accueille sur la base d'un Contrat à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI),
- permettre à ces personnes de participer à un parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle en utilisant la mise en situation de travail comme méthode de mobilisation et en s'appuyant sur celle-ci pour définir et mettre en œuvre un projet professionnel,
- mettre en œuvre une orientation en termes de formation ou d'emploi.

Dans ce contexte, l'activité de l'Association est qualifiée par le Département de Service d'Intérêt Economique Général (SIEG).

Article 5 : Critères quantitatifs et qualitatifs

L'Association devra tenir compte des critères suivants :

Critères quantitatifs (sauf circonstances particulières) :

- 60 % minimum d'accueil d'allocataires du RSA orientés par le Département sur l'ensemble du public accompagné ;
- 10 % minimum de recettes de l'activité dans le budget de l'opération.

Critères qualitatifs :

- Recherche de partenariat financier avec des collectivités locales fortement souhaité ;
- Effort de mutualisation.

Sauf circonstances particulières, le taux d'encadrement technique devra tendre vers 1 Equivalent Temps Plein (ETP) pour 8 en ETP d'insertion salariés et le taux d'accompagnement socioprofessionnel (ASP) vers 1 ETP pour 15 salariés en ETP d'insertion.

Ce personnel devra posséder un diplôme en lien avec la fonction et les missions assurées d'ASP ou d'encadrant technique ou s'engager dans un parcours de formation dans les meilleurs délais.

L'Association s'engage à faire parvenir dès signature de la convention :

- le Plan de formation du personnel permanent pour l'année en cours,
- les Curriculum Vitae des encadrants socioprofessionnels et techniques.

Article 6 : Participation

6.1 Modalités de financement

Il s'agira de soutenir l'Association sur sa mission d'insertion de façon différenciée :

- Selon l'effectif en salariés insertion CDDI (en ETP) affectés à cette mission et agréés par l'Etat en 2018, sauf évolution du projet ou nouveaux projets validés par le Département ;
- Dans la limite de soutien du Département en 2018 ;
- Dans la limite des crédits disponibles.

Le montant du soutien maximum sera de :

- 5.500 € * Nombre de postes d'insertion (CDDI) en ETP (année N-1).

Tout ou partie de la subvention allouée ci-dessus pourra intervenir en cofinancement du Fonds Social Européen (FSE), au titre de la programmation opérationnelle nationale 2015-2020.

6.2 Modalités de calcul du montant de la subvention

- Le nombre d'ETP d'insertion de 2018 est de : 14,2 ;
- Le montant de la subvention sera de 52.349 € dont 39.262 € pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2019.

6.3 Modalités de versement

Le Département s'engage à verser la somme de 39.262 € de la façon suivante :

- Un premier acompte de 34.027,10 € à la signature de la convention après réception du questionnaire autodiagnostic mentionné à l'article 12 ;
- Le solde sera versé en 2020 après la fin de l'action et selon les règles figurant au paragraphe 6.4.

6.4 Condition de versement du solde

Le versement du solde sera effectué en tenant compte :

- Du nombre d'ETP effectivement réalisé en 2019 limité au nombre d'ETP et au montant conventionnés (article 6.2) et tenant compte, le cas échéant, des conditions fixées à l'article 6.5 ;
- Et au prorata du pourcentage de recettes d'activité générées au cours de l'année 2019 et du pourcentage d'accompagnement d'allocataires du RSA orientés par le Département, sur l'ensemble du public accompagné, conformément aux critères mentionnés à l'article 5.

Rappel de la loi :

Les recettes tirées de la commercialisation de biens et services produits au sein d'un ACI ne peut couvrir qu'une part inférieure à 30 % des charges liées à ces activités. Elle peut être augmentée dans la limite de 50 % sur décision du Préfet, après avis favorable du CDIAE, si les activités développées ne sont pas déjà assurées et satisfaites par les entreprises locales.

Si la part des recettes de l'Association par rapport à ces charges excède durablement le seuil, le Préfet, après avis du CDIAE, peut fixer une période, dans la limite de trois ans, afin que la Structure respecte ce seuil ou se transforme en entreprise d'insertion.

6.5 Traitement des surcompensations

Si le nombre d'ETP effectivement réalisé en 2019 est en sous réalisation par rapport au nombre d'ETP mentionné ou correspondant au montant de la subvention (article 6.2), un reversement sera prévu pour tenir compte des ETP non réalisés.

Article 7 : Mise en œuvre, recrutement-renouvellement, suivi du parcours et évaluation de l'action

7.1. Mise en œuvre et évolution du projet

Le chantier d'insertion est souvent le point de départ du parcours d'insertion d'une personne, il en constitue une étape importante.

C'est pourquoi, il est attendu un partenariat renforcé avec les prescripteurs et notamment les Responsables d'Unité Territoriale - Adjoint Insertion (RUT-AI) et les Référents Insertion du Département.

La Structure sera donc tenue de travailler en lien avec l'Unité Territoriale du territoire, pour les modalités de mise en œuvre de l'action (prescription, réunions, suivi de l'action, des parcours d'insertion...).

Toute évolution du projet devra être précisée au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion. Tout nouveau projet devra associer le Département par rapport à la cohérence du public accompagné et au regard de l'évolution du public sur le territoire.

7.2. Recrutement-renouvellement-suivi du parcours

La Structure associera le RUT-AI aux recrutements à venir et l'invitera à participer à cette phase suivant les modalités de recrutement de son choix.

Arrivée à l'échéance du contrat, la Structure étudiera avec le RUT-AI, l'opportunité de renouveler ce dernier. En tout état de cause, le non renouvellement ne pourra se faire de manière unilatérale par la Structure.

Le recrutement ou le renouvellement d'un allocataire du RSA orienté par le Département fera l'objet d'une validation par le RUT-AI avant son entrée effective sur l'action. Une rencontre tripartite pourra être organisée au démarrage dans l'emploi à la demande du RUT-AI.

Toute modification ou difficulté dans le parcours d'insertion de la personne devra faire l'objet d'une information par mail au Référent concerné avec copie au RUT-AI. Il pourra alors être organisé une rencontre pour faire un point de situation.

Par ailleurs, toute absence quels qu'en soient les motifs, devra être signalée par écrit, dans les 48 heures, au Référent Insertion avec copie au RUT-AI.

Dans le mois qui suit la fin de chaque Contrat à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI), un Bilan nominatif de l'accompagnement réalisé devra être transmis à l'Unité Territoriale concernée.

A la fin de l'action, l'Association devra fournir :

- le Bilan de l'action sur imprimé type,
- le Tableau de validation du public allocataire du RSA « orienté département » dans les Structures d'insertion,
- un Compte rendu financier (annexe 1) avant le 28 février de l'année N+1, avec copie au Pôle RSA-LCE et au RUTAI concerné.

Un Bilan annuel de l'accompagnement pour chaque allocataire du RSA sera transmis au RUT-AI de l'Unité Territoriale dont l'allocataire dépend ainsi qu'au Pôle RSA-LCE.

Tous les trimestres et fin d'année, la Structure adressera au RUT-AI de son secteur, avec copie au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion, un Etat récapitulatif de la présence des allocataires du RSA réellement accompagnés dans l'action comprenant le nombre d'heures travaillées.

7.3 Comité de pilotage - Comité technique

Un Comité de pilotage, chargé de veiller au bon déroulement de l'action, sera mis en place. A l'initiative de l'Association, il se réunira au moins une fois par an (entre juin et septembre) pour l'examen d'un Bilan intermédiaire, le Bilan annuel étant examiné lors du dialogue de gestion. Il devra comprendre :

- un représentant de l'Association,
- des représentants du Conseil départemental de la Dordogne : représentants du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion et de l'Unité Territoriale concernée,
- un représentant de l'Unité Départementale de la DIRECCTE et de Pôle emploi,
- des représentants de tout autre Organisme qui contribue à votre activité : Association, Commune, Communauté de communes...

Les membres du Comité de pilotage pourront se faire accompagner des collaborateurs dont ils jugent la présence nécessaire.

Il désignera en son sein les personnes composant le Comité technique chargé de suivre la bonne mise en œuvre du projet d'insertion notamment en direction des personnes orientées par le Département. Ce Comité technique aura également pour objet de se prononcer sur les difficultés rencontrées dans la réalisation de l'action. Il se réunira trimestriellement à l'initiative de la Structure.

Article 8 : Suivi administratif et financier

Le suivi administratif et financier sera assuré par le Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité et de la Prévention (DGAS-SP).

L'Association communiquera un Plan de trésorerie et un Compte de résultat provisoire, à la demande du Département.

L'Association devra adresser au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion, toutes modifications affectant les statuts, déclaration de l'Association en Préfecture, composition du Conseil d'Administration et du Bureau, Relevé d'Identité Bancaire ou Postal, signé du Président et du Trésorier, avec mention des noms, prénoms et qualités.

Tout changement dans la composition de la liste des personnes affectées à l'action d'insertion (personnel sous contrat) ou dans leur quotité de temps de travail par rapport au projet déposé, devra faire l'objet d'une communication écrite préalable auprès du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP.

A la fin de l'action, l'Association devra fournir au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion le Procès-verbal, le Bilan, le Compte de résultat et les Annexes, dans le mois de l'approbation par l'Assemblée Générale.

Article 9 : Contrôle financier

Afin de vérifier l'utilisation des fonds dont l'Organisme a la charge, un contrôle sur place et sur pièces pourra être effectué par des agents dûment habilités et désignés par le Département, en application de l'article L.1611-4 du Code Général des Collectivités Territoriales qui prévoit que *« toute Association, œuvre ou entreprise ayant reçu une participation, peut être soumise au contrôle des délégués de la collectivité qui a accordé la participation »*.

Article 10 : Reversement

En cas d'arrêt de l'action en cours d'année, le Département procèdera à une demande de reversement auprès de l'Association. Il s'effectuera selon l'effectif Equivalent Temps Plein (ETP) CDDI réalisé sur la période concernée.

Article 11 : Durée

11.1. Durée de l'action

La durée de l'action est d'un an, du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

11.2. Durée de la convention

La convention prendra effet le 1^{er} janvier de l'année 2019 et se terminera le 30 juin de l'année 2020.

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les parties devra faire l'objet d'un avenant, par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte. L'avenant devra préciser les éléments modifiés de la convention sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

Article 12 : Communication

L'Association s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département avec la Charte graphique du logotype dans toutes les actions de communication engagées.

L'Association s'engage à afficher le cofinancement des Contrats à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI) par le Département dans le budget quand ce dernier y participe et dans toutes les actions de communication engagées.

Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Un questionnaire autodiagnostic sera rempli par l'Association, sur demande du Pôle RSA-LCE et signé par le/la Président(e) en exercice.

Article 13 : Informations générales

L'Association s'engage à informer le Département, par lettre recommandée avec accusé de réception, de tout événement d'importance susceptible d'altérer le fonctionnement général ou les orientations générales de l'Association et le principe d'intervention départementale tel qu'il est défini dans la présente convention : difficultés financières graves susceptibles d'entraîner une cessation des paiements, cessation d'activité, ouverture d'une procédure collective.

Article 14 : Résiliation

La présente convention pourra être interrompue en cas de non-respect de l'un quelconque de ses termes ou en cas de résiliation ou de changement de statut social du Cocontractant, après délibération de la Commission Permanente.

Le Département peut résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de toute ou partie de la participation versée en cas de non-respect par l'Association et après mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, sans préjudice des modalités et des conditions de reversement tel que visé dans l'article 10.

Nonobstant les dispositions de l'article 14 (résiliation), s'il apparaît, au terme des opérations de contrôle financier, que la participation a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département se réserve le droit, après avoir entendu l'Association, le cas échéant, de mettre fin à la participation accordée et d'exiger le reversement des sommes reçues.

Article 15 : Règlement des litiges

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les signataires décideront de rechercher un règlement amiable préalable à tout recours contentieux.

En cas d'échec, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux. Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Cette convention a été établie en deux exemplaires originaux.

A Périgueux, le

Pour le Département de la Dordogne,
la Vice-présidente chargée de l'Insertion,
de l'Economie sociale et solidaire, de l'Enfance
et de la Famille, des Fonds européens,

Pour l'Association,
le Président en exercice,

Mireille BORDES

6-2. Compte rendu financier de l'action : tableau de synthèse¹⁵.

Exercice 20

CHARGES				PRODUITS			
	Prévision	Réalisation	%		Prévision	Réalisation	%
Charges directes affectées à l'action				Ressources directes affectées à l'action			
60 - Achat	0	0		70 - Vente de marchandises, produits finis, prestations de services			
Prestations de services				74- Subventions d'exploitation ¹⁶	0	0	
Achats matières et fournitures				Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)			
Autres fournitures							
61 - Services extérieurs	0	0					
Locations immobilières et immobilières				Région(s)			
Entretien et réparation				Département(s)			
Assurance							
Documentation				Intercommunalité(s) : EPCI ¹⁷			
Divers							
62 - Autres services extérieurs	0	0					
Rémunérations intermédiaires et honoraires				Commune(s) :			
Publicité, publication				Organismes sociaux (détailler) :			
Déplacements, missions							
Services bancaires, autres				Fonds européens			
63 - Impôts et taxes	0	0					
Impôts et taxes sur rémunération				L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)			
Autres impôts et taxes				Autres établissements publics			
64- Charges de personnel	0	0		Aides privées			
Rémunération des personnels				75 - Autres produits de gestion courante			
Charges sociales				Dont cotisations, dons manuels ou legs			
Autres charges de personnel				76 - Produits financiers			
65- Autres charges de gestion courante				78 - Reports ressources non utilisées d'opérations antérieures			
66- Charges financières							
67- Charges exceptionnelles							
68- Dotation aux amortissements							
Charges indirectes affectées à l'action							
Charges fixes de fonctionnement							
Frais financiers							
Autres							
Total des charges	0	0		Total des produits	0	0	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES							
86- Emplois des contributions volontaires en nature	0	0		87 - Contributions volontaires en nature	0	0	
Secours en nature				Bénévolat			
Mise à disposition gratuite de biens et prestations				Prestations en nature			
Personnel bénévole				Dons en nature			
TOTAL	0	0		TOTAL	0	0	
<p>La subvention de € représente % du total des produits : (montant attribué/total des produits) x 100.</p>							

¹⁵ Ne pas indiquer les centimes d'euros

¹⁶ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

¹⁷ Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

Annexe II à la délibération n° 19.CP.VIII.8 du 25 novembre 2019.

CONVENTION AVEC LES RESTAURANTS DU CŒUR DE LA DORDOGNE
« Atelier Chantier d'Insertion (ACI) »

ENTRE

Le Département de la DORDOGNE sis 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, n° SIRET 222 400 012 000 19, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « le Département », d'une part,

ET

L'Association Les Restaurants du Cœur de la Dordogne sise 2, rue Pierre Fanlac - 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERES, régulièrement déclarée en Préfecture sous le n° SIRET 393397146, représentée par son Président en exercice,

Ci-après dénommée « l'Association », d'autre part.

- VU le Code Général des Collectivités Territoriales,
- VU le Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) et notamment ses articles 106 à 109,
- VU le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) et notamment son article L.3211-1, tel que modifié par la loi 2015-991 du 7 août 2015,
- VU l'article 9-1 de la loi 2000-321 du 21 avril 2000,
- VU la décision de la Communauté Européenne du 20 décembre 2011 n° 2012-21 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne aux aides d'Etat sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de Services d'Intérêt Economique Général,
- VU le règlement n° 360-2012 de la Commission Européenne relatif à l'application des articles 107 et 108 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des Services d'Intérêt Economique Général,
- VU la délibération du Conseil général de la Dordogne n° 11-199 du 11 février 2011 adoptant le Programme Départemental d'Insertion (PDI) - Orientations Départementales 2011-2014,
- VU la délibération de la Commission Permanente du Conseil général de la Dordogne n° 13.CP.VIII.41 du 9 septembre 2013 approuvant le Pacte Territorial pour l'Insertion (PTI) de la Dordogne,
- VU la délibération du Conseil départemental de la Dordogne n° 16-181 du 31 mars 2016 approuvant le Règlement d'attribution des aides financières aux Structures d'insertion,

Préambule

Les Structures d'insertion sociale et socioprofessionnelle sont des acteurs incontournables et indispensables dans la lutte contre l'exclusion et le développement solidaire des territoires.

Leur action s'inscrit pleinement dans les missions d'intérêt général relatives à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social et à l'autonomie pour les personnes en voie d'insertion professionnelle ou éloignées de l'emploi, en référence à la rédaction de l'article L.3211-1 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Dans ce sens, le projet initié, conçu et déposé auprès du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion par l'Association participe à la politique d'insertion territoriale mise en œuvre par le Département.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir :

- l'action d'insertion menée par l'Association et pour laquelle le Département s'engage à un soutien financier,
- les responsabilités et participations respectives des cosignataires pour l'organisation, le fonctionnement et les conditions d'attribution de la participation du Département affectée à l'action d'insertion au profit des allocataires du RSA et dont la description figure à l'article 4.

Article 2 : Public concerné

La participation du Département à l'action d'insertion objet de cette convention cible des allocataires du RSA orientés par les Référents Insertion du Département à l'appui d'une prescription nominative.

Article 3 : Territoire d'intervention

Il portera sur les cantons de Montpon-Ménéstérol et Vallée de l'Isle.

Article 4 : Action soutenue

Il s'agit de la mise en œuvre, sous la responsabilité de l'Association, d'un jardin d'insertion de type « atelier chantier d'insertion ».

Pour rappel, « l'atelier et chantier d'insertion » est une des composantes de la politique d'Insertion par l'Activité Économique qui est placée sous la compétence de l'État. Seules les Structures ayant obtenu un agrément de l'Etat peuvent conduire ce type d'action d'insertion.

La démarche pédagogique de « l'atelier et chantier d'insertion » vise à faciliter l'insertion sociale et professionnelle de personnes rencontrant des difficultés en les mettant en situation de travail sur une ou plusieurs activités économiques servant de support d'insertion.

La démarche pédagogique inclut une dimension d'accompagnement qui vise à permettre l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être à partir des contraintes de production.

Cet accompagnement articule donc des temps d'apprentissage, de vie collective, de démarches individualisées, de formation, de résolutions de problèmes, etc. afin d'aider chaque personne à atteindre les objectifs préalablement définis avec le prescripteur.

Ainsi, il a pour objectifs spécifiques :

- de mettre les personnes en situation de travail : réadaptation à la vie sociale, au rythme de travail,
- d'amener les personnes à retrouver une autonomie,
- de conduire les personnes à intégrer ou à réintégrer les contraintes inhérentes à la vie professionnelle,
- de permettre aux personnes de faire le point sur leurs savoir-faire, leurs aptitudes et leurs centres d'intérêts afin d'élaborer un projet professionnel. Cet accompagnement socioprofessionnel est conduit pendant le temps de travail, il est de la responsabilité de toutes les composantes de la Structure support du chantier,
- d'identifier les compétences acquises (techniques et savoir-être), capitaliser ces compétences et qualifications au travers d'un outil de suivi,
- de donner aux personnes une connaissance et/ou une approche des métiers qui leur sont accessibles,
- de proposer une organisation favorisant l'accès aux dispositifs de formation sur les temps de travail,
- d'orienter et accompagner l'entrée en formation ou l'accès à l'emploi de chaque bénéficiaire à l'issue de son contrat ou toute autre orientation validée par le Comité de suivi et/ou le Référent du parcours,
- de délivrer à l'échéance du contrat une attestation d'expérience propre à chaque salarié.

Dans ce cadre, l'Association s'engage à :

- assurer un encadrement social et technique pour les personnes qu'elle accueille sur la base d'un Contrat à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI),
- permettre à ces personnes de participer à un parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle en utilisant la mise en situation de travail comme méthode de mobilisation et en s'appuyant sur celle-ci pour définir et mettre en œuvre un projet professionnel,
- mettre en œuvre une orientation en termes de formation ou d'emploi.

Dans ce contexte, l'activité de l'Association est qualifiée par le Département de Service d'Intérêt Economique Général (SIEG).

Article 5 : Critères quantitatifs et qualitatifs

L'Association devra tenir compte des critères suivants :

Critères quantitatifs (sauf circonstances particulières) :

- 60 % minimum d'accueil d'allocataires du RSA orientés par le Département sur l'ensemble du public accompagné ;
- 10 % minimum de recettes de l'activité dans le budget de l'opération.

Critères qualitatifs :

- Recherche de partenariat financier avec des collectivités locales fortement souhaité ;
- Effort de mutualisation.

Sauf circonstances particulières, le taux d'encadrement technique devra tendre vers 1 Equivalent Temps Plein (ETP) pour 8 en ETP d'insertion salariés et le taux d'accompagnement socioprofessionnel (ASP) vers 1 ETP pour 15 salariés en ETP d'insertion.

Ce personnel devra posséder un diplôme en lien avec la fonction et les missions assurées d'ASP ou d'encadrant technique ou s'engager dans un parcours de formation dans les meilleurs délais.

L'Association s'engage à faire parvenir dès signature de la convention :

- le Plan de formation du personnel permanent pour l'année en cours,
- les Curriculum Vitae des encadrants socioprofessionnels et techniques.

Article 6 : Participation

6.1 Modalités de financement

Il s'agira de soutenir l'Association sur sa mission d'insertion de façon différenciée :

- Selon l'effectif en salariés insertion CDDI (en ETP) affectés à cette mission et agréés par l'Etat en 2018, sauf évolution du projet ou nouveaux projets validés par le Département ;
- Dans la limite de soutien du Département en 2018 ;
- Dans la limite des crédits disponibles.

Le montant du soutien maximum sera de :

- 5.500 € *Nombre de postes d'insertion (CDDI) en ETP (année N-1).

Tout ou partie de la subvention allouée ci-dessus pourra intervenir en cofinancement du Fonds Social Européen (FSE), au titre de la programmation opérationnelle nationale 2015-2020.

6.2 Modalités de calcul du montant de la subvention

- Le nombre d'ETP d'insertion de 2018 est de : 9,66.
- Le montant de la subvention sera de 50.000 €.

6.3 Modalités de versement

Le Département s'engage à verser la somme de 50.000 € de la façon suivante :

- Un premier acompte de 45.000 € à la signature de la convention après réception du questionnaire autodiagnostic mentionné à l'article 12 ;
- Le solde sera versé en 2020 après la fin de l'action et selon les règles figurant au paragraphe 6.4.

6.4 Condition de versement du solde

Le versement du solde sera effectué en tenant compte :

- Du nombre d'ETP effectivement réalisé en 2019 limité au nombre d'ETP et au montant conventionnés (article 6.2) et tenant compte, le cas échéant, des conditions fixées à l'article 6.5 ;
- Et au prorata du pourcentage de recettes d'activité générées au cours de l'année 2019 et du pourcentage d'accompagnement d'allocataires du RSA orientés par le Département, sur l'ensemble du public accompagné, conformément aux critères mentionnés à l'article 5.

Rappel de la loi :

Les recettes tirées de la commercialisation de biens et services produits au sein d'un ACI ne peut couvrir qu'une part inférieure à 30 % des charges liées à ces activités. Elle peut être augmentée dans la limite de 50 % sur décision du Préfet, après avis favorable du CDIAE, si les activités développées ne sont pas déjà assurées et satisfaites par les entreprises locales.

Si la part des recettes de l'Association par rapport à ces charges excède durablement le seuil, le Préfet, après avis du CDIAE, peut fixer une période, dans la limite de trois ans, afin que la Structure respecte ce seuil ou se transforme en entreprise d'insertion.

6.5 Traitement des surcompensations

Si le nombre d'ETP effectivement réalisé en 2019 est en sous réalisation par rapport au nombre d'ETP mentionné ou correspondant au montant de la subvention (article 6.2), un reversement sera prévu pour tenir compte des ETP non réalisés.

Article 7 : Mise en œuvre, recrutement-renouvellement, suivi du parcours et évaluation de l'action

7.1. Mise en œuvre et évolution du projet

Le chantier d'insertion est souvent le point de départ du parcours d'insertion d'une personne, il en constitue une étape importante.

C'est pourquoi, il est attendu un partenariat renforcé avec les prescripteurs et notamment les Responsables d'Unité Territoriale - Adjoint Insertion (RUT-AI) et les Référents Insertion du Département.

La Structure sera donc tenue de travailler en lien avec l'Unité Territoriale du territoire, pour les modalités de mise en œuvre de l'action (prescription, réunions, suivi de l'action, des parcours d'insertion...).

Toute évolution du projet devra être précisée au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion. Tout nouveau projet devra associer le Département par rapport à la cohérence du public accompagné et au regard de l'évolution du public sur le territoire.

7.2. Recrutement-renouvellement-suivi du parcours

La Structure associera le RUT-AI aux recrutements à venir et l'invitera à participer à cette phase suivant les modalités de recrutement de son choix.

Arrivée à l'échéance du contrat, la Structure étudiera avec le RUT-AI, l'opportunité de renouveler ce dernier. En tout état de cause, le non renouvellement ne pourra se faire de manière unilatérale par la structure.

Le recrutement ou le renouvellement d'un allocataire du RSA orienté par le Département fera l'objet d'une validation par le RUT-AI avant son entrée effective sur l'action. Une rencontre tripartite pourra être organisée au démarrage dans l'emploi à la demande du RUT-AI.

Toute modification ou difficulté dans le parcours d'insertion de la personne devra faire l'objet d'une information par mail au Référent concerné avec copie au RUT-AI. Il pourra alors être organisé une rencontre pour faire un point de situation.

Par ailleurs, toute absence quels qu'en soient les motifs, devra être signalée par écrit, dans les 48 heures, au Référent Insertion avec copie au RUT-AI.

Dans le mois qui suit la fin de chaque Contrat à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI), un Bilan nominatif de l'accompagnement réalisé devra être transmis à l'Unité Territoriale concernée.

A la fin de l'action, l'Association devra fournir :

- le Bilan de l'action sur imprimé type,
- le Tableau de validation du public allocataire du RSA « orienté département » dans les Structures d'insertion,
- un Compte rendu financier (annexe 1) avant le 28 février de l'année N+1, avec copie au Pôle RSA-LCE et au RUTAI concerné.

Un Bilan annuel de l'accompagnement pour chaque allocataire du RSA sera transmis au RUT-AI de l'Unité Territoriale dont l'allocataire dépend ainsi qu'au Pôle RSA-LCE.

Tous les trimestres et fin d'année, la Structure adressera au RUT-AI de son secteur, avec copie au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion, un état récapitulatif de la présence des allocataires du RSA réellement accompagnés dans l'action comprenant le nombre d'heures travaillées.

7.3 Comité de pilotage - Comité technique

Un Comité de pilotage, chargé de veiller au bon déroulement de l'action, sera mis en place. A l'initiative de l'Association, il se réunira au moins une fois par an (entre juin et septembre) pour l'examen d'un Bilan intermédiaire, le Bilan annuel étant examiné lors du dialogue de gestion. Il devra comprendre :

- un représentant de l'Association,
- des représentants du Conseil départemental de la Dordogne : représentants du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion et de l'Unité Territoriale concernée,

- un représentant de l'Unité Départementale de la DIRECCTE et de Pôle emploi,
- des représentants de tout autre Organisme qui contribue à votre activité : Association, Commune, Communauté de communes...

Les membres du Comité de pilotage pourront se faire accompagner des collaborateurs dont ils jugent la présence nécessaire.

Il désignera en son sein les personnes composant le Comité technique chargé de suivre la bonne mise en œuvre du projet d'insertion notamment en direction des personnes orientées par le Département. Ce Comité technique aura également pour objet de se prononcer sur les difficultés rencontrées dans la réalisation de l'action. Il se réunira trimestriellement à l'initiative de la Structure.

Article 8 : Suivi administratif et financier

Le suivi administratif et financier sera assuré par le Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité et de la Prévention (DGAS-SP).

L'Association communiquera un plan de trésorerie et un compte de résultat provisoire, à la demande du Département.

L'Association devra adresser au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion, toutes modifications affectant les statuts, déclaration de l'Association en Préfecture, composition du Conseil d'Administration et du Bureau, Relevé d'Identité Bancaire ou Postal, signé du Président et du Trésorier, avec mention des noms, prénoms et qualités.

Tout changement dans la composition de la liste des personnes affectées à l'action d'insertion (personnel sous contrat) ou dans leur quotité de temps de travail par rapport au projet déposé, devra faire l'objet d'une communication écrite préalable auprès du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP.

A la fin de l'action, l'Association devra fournir au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion le Procès-verbal, le Bilan, le Compte de résultat et les Annexes, dans le mois de l'approbation par l'Assemblée Générale.

Article 9 : Contrôle financier

Afin de vérifier l'utilisation des fonds dont l'Organisme a la charge, un contrôle sur place et sur pièces pourra être effectué par des agents dûment habilités et désignés par le Département, en application de l'article L.1611-4 du Code Général des Collectivités Territoriales qui prévoit que *« toute Association, œuvre ou entreprise ayant reçu une participation, peut être soumise au contrôle des délégués de la collectivité qui a accordé la participation »*.

Article 10 : Reversement

En cas d'arrêt de l'action en cours d'année, le Département procédera à une demande de reversement auprès de l'Association. Il s'effectuera selon l'effectif Equivalent Temps Plein (ETP) CDDI réalisé sur la période concernée.

Article 11 : Durée

11.1. Durée de l'action

La durée de l'action est d'un an, du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

11.2. Durée de la convention

La convention prendra effet le 1^{er} janvier de l'année 2019 et se terminera le 30 juin de l'année 2020.

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les parties devra faire l'objet d'un avenant, par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte. L'avenant devra préciser les éléments modifiés de la convention sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

Article 12 : Communication

L'Association s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département avec la Charte graphique du logotype dans toutes les actions de communication engagées.

L'Association s'engage à afficher le cofinancement des Contrats à Durée Déterminée d'Insertion (CDDI) par le Département dans le budget quand ce dernier y participe et dans toutes les actions de communication engagées.

Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Un questionnaire autodiagnostic sera rempli par l'Association, sur demande du Pôle RSA-LCE et signé par le/la Président(e) en exercice.

Article 13 : Informations générales

L'Association s'engage à informer le Département, par lettre recommandée avec accusé de réception, de tout événement d'importance susceptible d'altérer le fonctionnement général ou les orientations générales de l'Association et le principe d'intervention départementale tel qu'il est défini dans la présente convention : difficultés financières graves susceptibles d'entraîner une cessation des paiements, cessation d'activité, ouverture d'une procédure collective.

Article 14 : Résiliation

La présente convention pourra être interrompue en cas de non-respect de l'un quelconque de ses termes ou en cas de résiliation ou de changement de statut social du Cocontractant, après délibération de la Commission Permanente.

Le Département peut résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de toute ou partie de la participation versée en cas de non-respect par l'Association et après mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, sans préjudice des modalités et des conditions de reversement tel que visé dans l'article 10.

Nonobstant les dispositions de l'article 14 (résiliation), s'il apparaît, au terme des opérations de contrôle financier, que la participation a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département se réserve le droit, après avoir entendu l'Association, le cas échéant, de mettre fin à la participation accordée et d'exiger le reversement des sommes reçues.

Article 15 : Règlement des litiges

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les signataires décideront de rechercher un règlement amiable préalable à tout recours contentieux.

En cas d'échec, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux. Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Cette convention a été établie en deux exemplaires originaux.

A Périgueux, le

Pour le Département de la Dordogne,
la Vice-présidente chargée de l'Insertion,
de l'Economie sociale et solidaire, de l'Enfance
et de la Famille, des Fonds européens,

Pour l'Association,
le Président en exercice,

Mireille BORDES

6-2. Compte rendu financier de l'action : tableau de synthèse¹⁵.

Exercice 20

CHARGES	Prévision	Réalisation	%	PRODUITS	Prévision	Réalisation	%
Charges directes affectées à l'action				Ressources directes affectées à l'action			
60 - Achat	0	0		70 - Vente de marchandises, produits finis, prestations de services			
Prestations de services				74- Subventions d'exploitation ¹⁶	0	0	
Achats matières et fournitures				Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)			
Autres fournitures							
61 - Services extérieurs	0	0					
Locations immobilières et immobilières				Région(s)			
Entretien et réparation				Département(s)			
Assurance							
Documentation				Divers			
Divers				62 - Autres services extérieurs	0	0	
62 - Autres services extérieurs	0	0		Intercommunalité(s) : EPCI ¹⁷			
Rémunérations intermédiaires et honoraires				-			
Publicité, publication				Commune(s) :			
Déplacements, missions				Organismes sociaux (détailler) :			
Services bancaires, autres							
63 - Impôts et taxes	0	0		Fonds européens			
Impôts et taxes sur rémunération							
Autres impôts et taxes				L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)			
64 - Charges de personnel	0	0		Autres établissements publics			
Rémunération des personnels				Aides privées			
Charges sociales				75 - Autres produits de gestion courante			
Autres charges de personnel				Dont cotisations, dons manuels ou legs			
65 - Autres charges de gestion courante				76 - Produits financiers			
66 - Charges financières				78 - Reports ressources non utilisées d'opérations antérieures			
67 - Charges exceptionnelles							
68 - Dotation aux amortissements							
Charges Indirectes affectées à l'action							
Charges fixes de fonctionnement							
Frais financiers							
Autres							
Total des charges	0	0		Total des produits	0	0	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES							
86- Emplois des contributions volontaires en nature	0	0		87 - Contributions volontaires en nature	0	0	
Secours en nature				Bénévolat			
Mise à disposition gratuite de biens et prestations				Prestations en nature			
Personnel bénévole				Dons en nature			
TOTAL	0	0		TOTAL	0	0	
<p>La subvention de € représente % du total des produits : (montant attribué/total des produits) x 100.</p>							

¹⁵ Ne pas indiquer les centimes d'euros

¹⁶ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

¹⁷ Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.9

Convention avec l'Association Père Le Bideau (APLB) Cadillac Formation
"Chantier Nouvelle Chance"
au profit des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 0
Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.9

Convention avec l'Association Père Le Bideau (APLB) Cadillac Formation
"Chantier Nouvelle Chance"
au profit des allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA).

Section : FONCTIONNEMENT	DEPENSES
Imputation : 9344 / 444 / 6558 / 0 / 0 /	
Crédits de paiement votés	: 808 290,00€
Décision : Engagement CP N° : 2019 165479 1	: 2 500,00€
Crédits de paiement disponibles après la Com. Perm ^{te} .	: 52 561,46€

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU le Règlement d'attribution des aides financières aux Structures d'insertion,
objet de la délibération du Conseil départemental n° 16-181 du 31 mars 2016,

VU l'avis favorable de la Commission RSA en date du 13 novembre 2019,

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

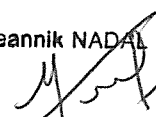
LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE la convention ci-annexée, dans le cadre du Revenu de Solidarité Active (RSA), entre le Département de la Dordogne et l'Association Père Le Bideau (APLB) Cadillac Formation, sise Route de Mussidan – 24130 LE FLEIX, au terme de laquelle un crédit de 2.500 € est alloué au chapitre 9344, article fonctionnel 444 et réparti de la façon suivante :

- 333 € sur l'Exercice 2019,
- 2.167 € sur l'Exercice 2020.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,



CONVENTION AVEC L'APLB CADILLAC FORMATION
« Chantier Qualification Nouvelle Chance »

ENTRE

Le Département de la DORDOGNE sis 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, n° SIRET 222 400 012 000 19, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « le Département », d'une part,

ET

L'Association Père Le Bideau (APLB) Cadillac Formation, sise Route de Mussidan - 24130 LE FLEIX, régulièrement déclarée en Préfecture sous le n° SIRET 77556319000062, représentée par sa Présidente en exercice,

Ci-après dénommée « l'Association », d'autre part.

- VU le Code Général des Collectivités Territoriales,
- VU le Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) et notamment ses articles 106 à 109,
- VU le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) et notamment son article L.3211-1, tel que modifié par la loi 2015-991 du 7 août 2015,
- VU l'article 9-1 de la loi 2000-321 du 21 avril 2000,
- VU la décision de la Communauté Européenne du 20 décembre 2011 n° 2012-21 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne aux aides d'Etat sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de Services d'Intérêt Economique Général,
- VU le règlement n° 360-2012 de la Commission Européenne relatif à l'application des articles 107 et 108 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des Services d'Intérêt Economique Général,
- VU la délibération du Conseil général de la Dordogne n° 11-199 du 11 février 2011 adoptant le Programme Départemental d'Insertion (PDI) - Orientations Départementales 2011-2014,
- VU la délibération de la Commission Permanente du Conseil général de la Dordogne n° 13.CP.VIII.41 du 9 septembre 2013 approuvant le Pacte Territorial pour l'Insertion (PTI) de la Dordogne,
- VU la délibération du Conseil départemental de la Dordogne n° 16-181 du 31 mars 2016 approuvant le Règlement d'attribution des aides financières aux Structures d'insertion,

Préambule

Les Structures d'insertion sociale et socioprofessionnelle sont des acteurs incontournables et indispensables dans la lutte contre l'exclusion et le développement solidaire des territoires.

Leur action s'inscrit pleinement dans les missions d'intérêt général relatives à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social et à l'autonomie pour les personnes en voie d'insertion professionnelle ou éloignées de l'emploi, en référence à la rédaction de l'article L.3211-1 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Dans ce sens, le projet initié, conçu et déposé auprès du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion par l'Association participe à la politique d'insertion territoriale mise en œuvre par le Département.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les responsabilités et participations respectives des cosignataires pour l'organisation, le fonctionnement et les conditions d'attribution de l'intervention du Département affectée à l'action d'insertion au profit des allocataires du RSA.

Article 2 : Nature de l'action détaillée comme suit

Il s'agit de la mise en œuvre, sous la responsabilité de l'Association, d'un accompagnement socioprofessionnel pour des allocataires du RSA sur un « chantier nouvelle chance », en partenariat avec la Région pour répondre aux travaux confiés par les communes en vue de l'obtention des titres professionnels suivants :

- Maçon voiries réseaux divers (Niveau III).
- Conducteur de pelle hydraulique et de chargeuse pelleteuse (Niveau III).

Article 3 : Détermination des coûts de l'action

3.1 : Nature des coûts à intégrer

Il s'agit de tous les coûts directement liés à la mise en œuvre de l'action, qui sont :

- liés à l'objet de l'action,
- nécessaires à la réalisation de l'action,
- raisonnables selon le principe de bonne gestion,
- engendrés pendant le temps de la réalisation de l'action,
- directement dépensés par la SARL,
- identifiables et contrôlables.

3.2 : Définition de la surcompensation et du bénéfice raisonnable

Le présent mandat a pour objectif que la compensation totale perçue par l'Association pour la gestion du Service d'Intérêt Economique Général (SIEG) par les différentes autorités publiques ne dépasse pas ce qui est nécessaire pour couvrir le coût net occasionné par la prestation des obligations de service public en tenant compte d'un bénéfice raisonnable. Il n'y a surcompensation qu'au-delà de la compensation majorée d'un éventuel excédent annuel par activité qualifié ici de « bénéfice raisonnable ». Les Parties conviennent que ce bénéfice raisonnable est égal à 10 % du montant de la subvention du Département.

3.3 : Reversement en valeur de la surcompensation

Ce reversement s'effectue sur l'exercice suivant celui pour lequel il a été constaté.

3.4 : Contrôle de la surcompensation

Dans les deux mois faisant suite à la remise de ce compte d'emploi, le Département fait connaître à l'Association l'existence d'une éventuelle surcompensation ainsi que son projet de décision motivé quant à un éventuel reversement.

L'Association dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification de la surcompensation par le Département pour faire connaître ses remarques et objections dans le cadre d'un débat contradictoire. Le Département ne peut prendre sa décision qu'à l'issue de ce délai.

Article 4 : Lieu de déroulement de l'action

L'action se déroulera sur la Communauté de communes de Montaigne Montravel et Gurson.

En passant convention avec le Conseil départemental, l'Association participe à la politique d'insertion territoriale mise en œuvre par le Département. Ainsi, l'action proposée devra être accessible à tout allocataire du RSA intéressé sur l'ensemble du territoire départemental.

Article 5 : Moyens mis à disposition par l'organisme prestataire

Conformément aux termes du projet avalisé par la Commission RSA, l'Organisateur fait intervenir les personnes suivantes : une Accompagnatrice socioprofessionnelle.

Sous la responsabilité de la Présidente en exercice.

Tout changement dans la composition de la liste des personnes affectées à l'action d'insertion (personnel sous contrat de travail) ou dans leur quotité de temps de travail, devra faire l'objet d'une communication écrite préalable auprès du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP.

Article 6 : Durée

La durée de l'action est fixée au 2 décembre 2019 au 18 juin 2020.

Article 7 : Objectif quantitatif

Les bénéficiaires participeront à l'action ci-dessus désignée sur proposition des Référents Insertion. L'effectif est fixé à 2 allocataires du RSA.

Article 8 : Organisation, suivi de l'action et obligation de moyens

Le suivi administratif, technique et financier sera assuré par le Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP.

L'Association est tenue de travailler en lien avec l'Unité Territoriale de référence sur les modalités de mise en œuvre de l'action (prescription, réunions, suivi de l'action, des parcours d'insertion, planning des activités...).

Toute participation à l'action d'insertion d'un allocataire du RSA devra faire l'objet d'une prescription par le Référent Insertion, validée par le responsable Adjoint Insertion d'Unité Territoriale (RUTAI).

Le suivi sur l'accompagnement des allocataires du RSA est mentionné dans la fiche descriptive des attendus de l'accompagnement des allocataires du RSA en Chantier Qualification Nouvelle Chance (CQNC) (Cf. annexe 1 à la convention).

Les services du Conseil départemental concernés doivent être en mesure de rencontrer, à leur demande, sur les lieux, l'allocataire et le responsable de l'activité dans l'Association et d'obtenir de celle-ci tout élément d'évaluation nécessaire au suivi et au renouvellement du contrat d'engagement réciproque.

Les agents mandatés par le Conseil départemental auront accès aux locaux et lieux d'exercice des activités en tant que de besoin pour contrôler la bonne exécution des fonds dont l'Organisme a la charge.

L'Association devra favoriser la professionnalisation des publics accompagnés, notamment par le biais de la formation (articulation du temps de travail avec le temps de formation, etc.).

Toute absence prolongée et injustifiée ou toute cessation de l'action, quels qu'en soient les motifs, devra être signalée dans les plus brefs délais au référent insertion.

Article 9 : Bilan de l'action

A l'issue de l'action, un bilan individuel des actions entreprises sera établi par l'association, il sera ainsi ventilé :

- 1 exemplaire à l'allocataire du RSA,
- 1 exemplaire au Pôle RSA – Lutte Contre l'Exclusion de la DGA-SP,
- 1 exemplaire au Référent Insertion et au Responsable Adjoint Insertion de l'Unité Territoriale concernée.

La liste des allocataires du RSA sera adressée à la fin de chaque semestre au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP ainsi qu'à l'Unité Territoriale concernée si l'action n'est pas de portée départementale.

Article 10 : Conditions financières

Cette action d'insertion sera financée par le Conseil départemental (Fonds Départemental d'Insertion) à raison d'une somme globale de 2.500 € correspondant à 2 parcours d'insertion à 1.250 € le parcours, répartie de la façon suivante :

- 333 € sur l'année 2019,
- 2.167 € sur l'année 2020, sous réserve du vote des crédits correspondants au Budget primitif 2020.

Pour la mise en place de cette action, une avance de 333 € sera versée à l'Association. Le solde sera versé en 2020, sous réserve du vote des crédits correspondants au Budget primitif 2020.

L'utilisation de la participation du Département dans des conditions différentes de celles définies dans la présente convention pourra entraîner le remboursement de tout ou partie du montant accordé.

Un contrôle sur place et sur pièces pourra être effectué par des agents dûment habilités et désignés par le Conseil départemental, en application de l'article L 1611-4 du Code Général des Collectivités Territoriales qui prévoit que « toute Association, œuvre ou entreprise ayant reçu une participation, peut être soumise au contrôle des délégués de la collectivité qui a accordé la participation ».

Article 11 : Obligation générale d'information

A l'issue de l'action, un Bilan global sera fourni par l'Association au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP et à l'Unité Territoriale concernée qui devra comprendre les renseignements d'une Grille technique, d'un Compte d'emploi ainsi qu'un Bilan quantitatif comprenant des commentaires sur la vie de l'action.

L'association adressera, à la demande du Département, un Plan de trésorerie et un Compte de résultat provisoire.

Le Compte rendu financier, signé de la Présidente de l'Association retracera les charges et produits affectés à la réalisation de l'action sur 2019-2020 et sera complété selon le modèle figurant en annexe 2 à la convention (partie Cerfa 12.156*3).

L'Association adressera au Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion de la DGA-SP, dans le mois de l'approbation par l'Assemblée Générale, son Procès-verbal, le Bilan, le Compte de résultat et les Annexes.

L'Association s'engage à informer le Département, par lettre recommandée avec accusé de réception, de tout événement d'importance susceptible d'altérer le fonctionnement général ou les orientations générales de l'Association et le principe de l'intervention départementale tel qu'il est défini dans la présente convention :

- difficultés financières graves susceptibles d'entraîner une cessation des paiements,
- cessation d'activité,
- ouverture d'une procédure collective.

Article 12 : Modification de la convention

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les parties fera l'objet d'un avenant. Toute demande d'avenant devra faire l'objet d'un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

L'avenant précise les éléments modifiés de la convention sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

Article 13 : Interruption de la convention – Clauses de résiliation

La présente convention pourra être interrompue immédiatement en cas de non-respect de l'un quelconque de ses termes ou en cas de dissolution ou de changement de statut social du Cocontractant.

Le Département pourra résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de toute ou partie de la participation versée en cas de non-respect par l'Association de ses engagements contractuels, de faute grave de sa part et après une mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 14 : Clauses de reversement

Nonobstant les dispositions de l'article 13 (clauses de résiliation), s'il apparaît, au terme des opérations de contrôle financier, que la participation a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département de la Dordogne se réserve le droit, après avoir entendu l'Association, le cas échéant, de mettre fin à la participation accordée et d'exiger le reversement des sommes reçues assorties d'intérêts au taux légal à compter de la date de réception des fonds par l'Association bénéficiaire.

Le reversement total ou partiel de la participation ou l'interruption de son versement peut être décidé à la demande de l'Association lorsque celle-ci ne souhaite pas poursuivre le programme et sollicite la résiliation de la convention. Le reversement est effectué par l'association dans un délai d'un mois, après réception du titre de recette émis par M. le Payeur départemental.

Article 15 : Assurance

L'Association exerce les actions examinées à l'article 2 de la présente convention sous sa responsabilité exclusive. Elle s'engage à souscrire toutes les polices d'assurance nécessaires pour garantir sa responsabilité et pour que la responsabilité du Conseil départemental ne puisse être recherchée.

Article 16 : Règlement de litiges

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les signataires décident de rechercher un règlement amiable à tout recours contentieux. En cas d'échec, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

Article 17 : Communication

L'Association s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département de la Dordogne avec la charte graphique du logotype dans toutes les actions de communication engagées. Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Cette convention a été établie en 2 exemplaires originaux.

A Périgueux, le

Pour le Département de la Dordogne,
la Vice-présidente chargée de l'Insertion,
de l'Economie sociale et solidaire, de l'Enfance
et de la Famille, des Fonds européens,

Pour l'Association,
la Présidente en exercice,

Mireille BORDES



FICHE DESCRIPTIVE DES ATTENDUS DE L'ACCOMPAGNEMENT D'ALLOCATAIRES DU RSA EN CHANTIER QUALIFICATION NOUVELLE CHANCE (CQNC)

OBJET

Intervention d'accompagnement socio-professionnel auprès de publics allocataires du RSA sur un Chantier Qualification Nouvelle Chance (CQNC)

CONTEXTE

Les Chantiers Qualification Nouvelle Chance (CQNC) sont un dispositif de formation régional innovant à destination de publics en difficulté d'insertion qui allie de la pratique via un chantier, de la formation qualifiante et de l'accompagnement. Ces chantiers sont portés par un Organisme de formation et une Collectivité territoriale. L'accompagnement des publics RSA intégrés sur ces chantiers est soutenu par le Conseil départemental.

OBJECTIFS

Permettre aux bénéficiaires du RSA de bénéficier du site et des installations au même titre que les autres candidats et les intégrer aux dispositifs de droit commun.

Faciliter (par la participation à l'entretien de recrutement) l'accès à ce dispositif.

Permettre de lever les freins et les difficultés en accompagnant un groupe de BRSA afin de favoriser à terme l'entrée dans la formation et l'emploi.

Sécuriser leurs parcours.

Prévenir les ruptures de parcours.

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

L'accompagnement et le suivi des stagiaires sur les questions périphériques et/ou anticipation de celles-ci : logement, mobilité, santé, finances, situation familiale...

La régulation de la vie du groupe.

Les relations avec les Référents Insertion et Assistants sociaux.

La coordination avec les Formateurs et Intervenants extérieurs.

La préparation de la sortie.

Intervention sur toute la durée du chantier par le même accompagnateur.

CONTENU

- Connaissance réciproque entre l'Accompagnant professionnel et le Bénéficiaire,

Un entretien « d'accueil » est organisé afin de faire un « tour d'horizon » sur le vécu professionnel, personnel et social.

Outil : Entretien non-directif

Temps alloué : 1H – 1H30

- Soutien et veille au travers de rendez-vous afin d'anticiper d'éventuels freins à l'emploi, pour prévenir une rupture de parcours et préparer la sortie.

Ils se caractériseront par des entretiens individuels réguliers mensuels et des entretiens ponctuels suivant les besoins, dont :

L'entretien « de suivi ou de régulation » :

- faire le point avec le Bénéficiaire sur le déroulement de la formation, savoir si elle est conforme à ses attentes,
- permettre au Bénéficiaire de s'exprimer (éventuellement sur ce qui ne va pas),
- accompagner dans les moments de découragement, de doute, etc.,

Outil : Entretien Semi-directif

Temps alloué : 30mn

L'entretien « d'accompagnement au projet professionnel et personnel (ou l'entretien sur demande de rdv) »

- confirmer le projet professionnel,
- aider dans les démarches de recherche d'emploi (élaboration de CV, recherche d'employeur, etc.).

L'Accompagnant professionnel se tient disponible pour tout conseil d'ordre socioprofessionnel.

Outil : entretien semi-directif à l'appui de documentations diverses

Temps alloué : 1h30

- Travail périphérique :
 - suivi administratif,
 - régulation avec les Formateurs, le Maître d'ouvrage, les Prescripteurs, etc.

SUIVI DU PARCOURS

Dans la première phase de suivi d'accompagnement individuel, une Fiche individuelle sera mise en œuvre pour formaliser le suivi, avec un enregistrement et signature du Bénéficiaire (pour chaque entretien),

La fin du CQNC, entretien d'accompagnement vers l'emploi (techniques de recherche d'emploi) et débriefing du déroulé du chantier avec les Bénéficiaires.

SUIVI DE L'ACTION

Un Comité de pilotage sera organisé au démarrage de l'action, à mi-action et à la fin de l'action.

OPÉRATEUR

Structure pouvant mobiliser une réelle expérience dans l'accompagnement de personnes durablement éloignées de l'emploi notamment allocataires du RSA dans une démarche d'insertion sociale et professionnelle. L'Opérateur de l'accompagnement décrit dans cette fiche sera distinct de l'Opérateur de formation mobilisé pour la conduite du chantier proprement dit.

Il affectera à cette action un-e Conseiller-e Emploi-Formation-Insertion ou un-e Accompagnant-e Socio-Professionnel expérimenté.

FINANCEMENT

Forfait de 1.400 € / BRSA pour 7 mois d'accompagnement.

6-2. Compte rendu financier de l'action : tableau de synthèse¹⁵.

Exercice 20

CHARGES	Prévision	Réalisation	%	PRODUITS	Prévision	Réalisation	%
Charges directes affectées à l'action				Ressources directes affectées à l'action			
60 - Achat	0	0		70 - Vente de marchandises, produits finis, prestations de services			
Prestations de services							
Achats matières et fournitures				74- Subventions d'exploitation ¹⁶	0	0	
Autres fournitures				Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)			
61 - Services extérieurs	0	0					
Locations immobilières et immobilières							
Entretien et réparation				Région(s)			
Assurance							
Documentation				Département(s)			
Divers							
62 - Autres services extérieurs	0	0		Intercommunalité(s) : EPCI ¹⁷			
Rémunérations intermédiaires et honoraires				-			
Publicité, publication				Commune(s) :			
Déplacements, missions							
Services bancaires, autres				Organismes sociaux (détailler) :			
63 - Impôts et taxes	0	0					
Impôts et taxes sur rémunération				Fonds européens			
Autres impôts et taxes							
64- Charges de personnel	0	0		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)			
Rémunération des personnels				Autres établissements publics			
Charges sociales				Aides privées			
Autres charges de personnel				75 - Autres produits de gestion courante			
65- Autres charges de gestion courante				Dont cotisations, dons manuels ou legs			
66- Charges financières				76 - Produits financiers			
67- Charges exceptionnelles				78 - Reports ressources non utilisées d'opérations antérieures			
68- Dotation aux amortissements							
Charges indirectes affectées à l'action							
Charges fixes de fonctionnement							
Frais financiers							
Autres							
Total des charges	0	0		Total des produits	0	0	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES							
86- Emplois des contributions volontaires en nature	0	0		87 - Contributions volontaires en nature	0	0	
Secours en nature				Bénévolat			
Mise à disposition gratuite de biens et prestations				Prestations en nature			
Personnel bénévole				Dons en nature			
TOTAL	0	0		TOTAL	0	0	
<p>La subvention de € représente % du total des produits : (montant attribué/total des produits) x 100.</p>							

¹⁵ Ne pas indiquer les centimes d'euros

¹⁶ L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

¹⁷ Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.10

Convention avec l'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24)
pour la location de deux et quatre roues en faveur de la mobilité de jeunes
confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 0
Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE
RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.10

Convention avec l'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24)
pour la location de deux et quatre roues en faveur de la mobilité de jeunes
confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Section : FONCTIONNEMENT	DEPENSES
Imputation : 934 / 4212 / 65133 / 0 / 0 /	
Crédits de paiement votés	: 149 750,00€
Décision : Engagement CP N° : 2019 165599 1	: 34 750,00€
Crédits de paiement disponibles après la Com. Perm ^{te} .	: 5 000,00€

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE la convention ci-annexée entre le Département de la Dordogne et l'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24) sise 11, rue Jean Bouin - 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERS, pour la mise en œuvre d'un service de mise à disposition de 2 et 4 roues en faveur de la mobilité des jeunes confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec un engagement financier de 34.750 € alloués sur les crédits inscrits au chapitre 934, article fonctionnel 4212, nature 65133 du Budget départemental.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONVENTION AVEC L'ASSOCIATION FORMATION AVENIR CONSEIL 24 (AFAC 24)
POUR LA LOCATION DE DEUX ET QUATRE ROUES
EN FAVEUR DE LA MOBILITE DE JEUNES CONFIES A L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE.

ENTRE :

Le Département de la DORDOGNE sis 2, rue Paul Louis Courier CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, SIRET n°222 400 012 00019, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après dénommé « le Département », d'une part,

ET :

L'Association Formation Avenir Conseil 24 (AFAC 24) sise 11, rue Jean Bouin - 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERES, régulièrement déclarée en Préfecture sous le SIRET n° 419833751, représentée par son Président en exercice,

Ci-après dénommée « l'Association », d'autre part.

PREAMBULE :

Le projet initié, conçu et déposé auprès du Pôle de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par l'Association s'inscrit dans le cadre du Schéma Départemental en faveur de l'Enfance et de la Famille 2018-2023.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1^{er} : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les responsabilités et participations respectives des cosignataires pour l'organisation, le fonctionnement et les conditions d'attribution de la participation du Département affectée à l'action d'insertion au profit des jeunes confiés à l'ASE et dont la description figure à l'article 2.

ARTICLE 2 : NATURE DE L'ACTION DETAILLEE COMME SUIV

Il s'agit de la mise en œuvre, sous la responsabilité de l'Association d'un service de mise à disposition de véhicules au profit des jeunes confiés à l'ASE pour qui l'absence de mobilité constitue un frein à la réalisation des démarches dans leur parcours d'insertion sociale et/ou professionnelle.

Au-delà du simple acte de location d'un véhicule, ce service de mise à disposition comprend également :

- Un accompagnement des jeunes à l'utilisation dudit véhicule (Cf. annexe 9) ;
- Un suivi/appui et une animation du réseau des points relais (Cf. article 9.2).

Ce service est qualifié par le Département de Service d'Intérêt Economique Général (SIEG).

ARTICLE 3 : CONTENU DE LA PRESTATION

L'Association propose la mise à disposition des véhicules suivants :

- Des voitures ;
- Un fourgon ;
- Des cyclomoteurs et scooters.

Les allocataires du service auront la charge de venir prendre les véhicules 2 roues sur les points relais et les véhicules 4 roues sur l'un des sites de l'Association :

- À Coulounieix-Chamiers : 11, rue Jean Bouin ;
- À Bergerac : Allée du Commissaire Félix Landry.

Pour les véhicules 4 roues, l'Association proposera une prise en charge des allocataires éloignés de l'Agglomération à la gare SNCF de Périgueux.

Ils devront signer le Règlement intérieur de la mise à disposition figurant en annexe 2 à la convention.

ARTICLE 4 : PUBLIC

La prestation s'adresse aux jeunes confiés à l'ASE du Département de la Dordogne qui le sont toujours au 1^{er} jour de la location.

Des dérogations sur la durée de location pourront être accordées par le Département sur demande argumentée des Prescripteurs.

ARTICLE 5 : ENGAGEMENT DU DEPARTEMENT

Le financement de l'action décrite à l'article 2 est assuré par le Conseil départemental, dans le cadre du Fonds départemental d'Aide aux Jeunes (FAJ). La subvention maximale allouée à l'Association s'élève à 34.750 € pour l'année 2019 selon les modalités suivantes :

Les dépenses figurant au budget de l'Association comprennent les réparations de véhicules mis à disposition et des dépenses d'amortissement du parc existant.

Une prise en charge à l'acte de location est convenue.

Pour se faire, un calcul du coût moyen du service ainsi que du montant moyen de la prise en charge par le Département a été effectué. Il s'appuie sur un nombre de jours de location et de véhicules mis à disposition constaté en 2018, en rapportant ces éléments au budget réalisé de la Structure cette même année.

In fine, ce processus permet de déterminer l'engagement maximum du Département comme suit :

Taux d'utilisation retenu pour l'utilisation 2019 par type de véhicules	Nombre de véhicules	Nombre de jours de location	Budget réalisé 2017	Coût moyen du service	Prise en charge CD 24
Voitures (taux d'utilisation : 56 %)	13	204	33 252 €	12,53 €	12,53 €
2 roues motorisés (taux d'utilisation : 31 %)	80	113	58 518 €	6,47 €	6,47 €

Sur cette base, la prise en charge par le Département sera la suivante en fonction de la durée de location.

Tarifs à la journée

Type de véhicules	Coût moyen du service journalier	Prise en charge CD 24
4 roues motorisés	12,53 €	12,53 €
2 roues motorisés	6,47 €	6,47 €

Tarifs à la semaine

Type de véhicules	Coût moyen du service journalier	Prise en charge CD 24
4 roues motorisés	12,53 €	12,53 €
2 roues motorisés	6,47 €	6,47 €

Tarifs au mois

1^{er} mois et suivant pour les deux roues motorisées, dans la limite de 6 mois

Type de véhicules	Coût moyen du service journalier	Prise en charge CD 24
4 roues motorisés	12,53 €	12,53 €
2 roues motorisés	6,47 €	6,47 €

Tarifs au mois 2^{ème} mois pour les 4 roues

Type de véhicules	Coût moyen du service journalier	Prise en charge CD 24
4 roues motorisés	12,53 €	12,53 €

Tarifs au mois
3^{ème} et 4^{ème} mois sur dérogation

Type de véhicules	Coût moyen du service journalier	Prise en charge CD 24
4 roues motorisés	12,53 €	12,53 €

ARTICLE 6 : LIEU DE DEROULEMENT DE L'ACTION

Le service de mise à disposition de véhicules couvre l'ensemble du département de la Dordogne.

En passant convention avec le Conseil départemental, l'Association participe à la politique en faveur de l'Enfance et de la Famille mise en œuvre par le Département. Ainsi, l'action proposée devra être accessible à tout jeune confié à l'ASE intéressé sur l'ensemble du territoire départemental.

ARTICLE 7 : DUREE

La durée de l'action est fixée à un an.

ARTICLE 8 : OBJECTIF QUANTITATIF

Aucun objectif quantitatif n'est fixé à proprement parlé, mais le dispositif se doit de répondre à toutes les demandes du public ciblé par l'action dans la limite de l'enveloppe attribuée.

ARTICLE 9 : ORGANISATION, SUIVI DE L'ACTION ET OBLIGATION DE MOYENS

9.1 - Organisation

Organisation de la prescription

Toute demande du jeune confié à l'ASE devra faire l'objet d'une prescription.

Pour le public jeune, la prescription se fera :

- Soit par une des missions locales du Département de la Dordogne ;
- Soit par les UT et Pôle ASE du Département.

Pour l'ensemble du public, cette prescription devra obligatoirement se faire en utilisant la Fiche prescription type (Cf. annexe 3 à la convention).

Pour les jeunes accueillis en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), le financement sur la base des tarifs définis à article 5 s'appliquera après facturation à la MECS prescriptive.

Communication

Des outils de communication devront être élaborés par l'Association, pour faire connaître le service. Ils devront être diffusés dans un maximum de points d'accueil recevant le public ciblé par ce dispositif.

Ils feront l'objet d'une validation par le Département avant diffusion.

Sinistralité et incivilité

L'Association transmettra tous les 3 mois un état nominatif détaillé des sinistralités avec les coûts correspondants (reste à charge) lié à des incivilités qu'elle aura pu constater.

Chaque immobilisation d'un véhicule supérieure à un mois devra faire l'objet d'une communication au Département par courriel.

Le Département se réserve le droit de convoquer les personnes et prendre les mesures nécessaires à l'encontre de ces derniers.

9.2 - Obligation de moyens

Les points relais

Un recensement complet du réseau des points relais avec leurs coordonnées et le nombre et le type de véhicules que chaque point relais a en gestion figure en annexes 5 et 6 à la convention.

L'Association informera le Conseil départemental à chaque évolution de ce réseau.

La convention-type proposée à la signature de ces points relais, approuvée par le Département, figure en annexe 7 à la convention. Son évolution si nécessaire fera l'objet d'une consultation du Département.

Au quotidien, l'Association s'engage à apporter son appui aux points relais dans la mise en œuvre de l'action. Elle organisera cet appui de manière individuelle et/ou collective.

Parc de véhicule

Un état quantitatif et qualitatif du parc de véhicules à la signature de la convention est joint en annexe 8 à la convention.

L'Association informera le Conseil départemental à chaque évolution de ce parc.

L'Association s'engage à maintenir le parc de véhicules en parfait état de fonctionnement et en quantité suffisante pour répondre dans les meilleurs délais aux sollicitations des bénéficiaires du service.

Dans ce sens, le Département sera associé à la gestion du parc des 2 roues faite par l'Association.

9.3 - Comité de pilotage - Comité technique

Un Comité de pilotage, chargé de veiller au bon déroulement de l'action, sera mis en place. A l'initiative de l'Association, il se réunira au moins une fois par an (entre juin et septembre) pour l'examen d'un Bilan intermédiaire, le Bilan annuel étant examiné lors du dialogue de gestion. Il devra comprendre au moins :

- Un représentant de l'Association ;
- Des représentants du Conseil départemental de la Dordogne : représentant du Pôle ASE.

Cette liste n'est pas exhaustive, l'Association pourra donc inviter à ce Comité de pilotage tous les partenaires qu'elle jugera utile.

Les membres du Comité de pilotage pourront se faire accompagner des collaborateurs dont ils jugent la présence nécessaire.

Il désignera en son sein les personnes composant le Comité technique chargé de suivre la bonne mise en œuvre du dispositif notamment en direction des personnes orientées par le Département. Afin d'optimiser le service de mise à disposition de véhicules, ce Comité technique permettra également de vérifier, de réajuster, voire de modifier les modalités de fonctionnement de l'action. Il se réunira trimestriellement à l'initiative de la structure.

ARTICLE 10 : SUIVI ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Le suivi administratif et financier sera assuré par l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention.

L'Association transmettra, trimestriellement, un tableau des mises à disposition réalisées en précisant, à minima, et pour chaque allocataires (Cf. annexe 4) :

- Les éléments d'identité suivants : nom, prénom et lieu de résidence ;
- L'UT de rattachement ;
- L'origine de la prescription ;
- Le statut ;
- Le type de véhicule utilisé ;
- Le motif du déplacement ;
- Le nombre de jours de location ;
- La temporalité de la location (jours, semaines, mois et nombre de mois) ;
- Le coût unitaire appliqué ;
- Le coût global ;
- Les éléments de sinistralité.

Si les données sont incomplètes, la location ne sera pas financée par le Département.

L'Association fournira à l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention le calendrier d'ouverture sur l'année de l'activité financée par le Fonds départemental d'Aide aux Jeunes.

Les agents mandatés par le Conseil départemental auront accès aux locaux et lieux d'exercice des activités en tant que de besoin pour contrôler la bonne exécution des fonds dont l'Organisme a la charge.

ARTICLE 11 : CONDITIONS FINANCIERES

Cette action de mobilité sera financée par le Conseil départemental (Fonds départemental d'Aide aux Jeunes) à raison d'une somme globale de 34.750 € pour la location des 4 roues et pour la location des 2 roues qui seront versées trimestriellement après réception des tableaux de mise à disposition figurant en annexe mentionnés au présent article, en fonction du nombre de jours de location effectifs et selon les modalités fixées à l'article 5.

L'utilisation de la participation du Département dans des conditions différentes de celles définies dans la présente convention pourra entraîner le remboursement de tout ou partie du montant accordé.

A l'issue de l'action, un Bilan global sera fourni par le prestataire à l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention qui devra comprendre les renseignements d'une Grille technique, d'un Compte d'emploi ainsi qu'un Bilan quantitatif comprenant des commentaires sur la vie de l'action.

L'Association adressera, à la demande du Département, un Plan de trésorerie et un Compte de résultats provisoire.

Le Compte rendu financier, signé du Président et du Trésorier, retracera les charges et produits affectés à la réalisation de l'action sur 2019 et sera complété selon le modèle figurant en annexe 2 à la convention (partie Cerfa 12.156*3).

Un contrôle sur place et sur pièces pourra être effectué par des agents dûment habilités et désignés par le Conseil départemental, en application de l'article L.1611-4 du Code Général des Collectivités Territoriales qui prévoit que « toute Association, œuvre ou entreprise ayant reçu une participation, peut être soumise au contrôle des délégués de la collectivité qui a accordé la participation ».

ARTICLE 12 : OBLIGATION GENERALE D'INFORMATION PAR L'ASSOCIATION

L'Association adressera à l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention toutes modifications affectant les documents suivants transmis préalablement à l'engagement du Département :

- Statuts ;
- Déclaration de l'Association à la Préfecture ;
- Composition du Conseil d'administration et du Bureau ;
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal original, signé du Président et du Trésorier, avec mention des noms, prénoms et qualités.

L'Association adressera à l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention du Département, dans le mois de l'approbation par l'Assemblée Générale, son Procès-verbal, le Bilan, le Compte de résultat et les annexes.

L'Association s'engage à informer le Département, par lettre recommandée avec accusé de réception, de tout événement d'importance susceptible d'altérer le fonctionnement général ou les orientations générales de l'Association et le principe de l'intervention départementale tel qu'il est défini dans la présente convention :

- Difficultés financières graves susceptibles d'entraîner une cessation des paiements ;
- Cessation d'activité ;
- Ouverture d'une procédure collective.

Un questionnaire autodiagnostic sera rempli par l'Association sur demande de l'Adjointe au DGA de la Solidarité et de la Prévention et signé par le Président en exercice.

ARTICLE 13 : DUREE DE LA CONVENTION

La convention prend effet au 1^{er} janvier 2019 et se termine au 31 décembre 2019.

ARTICLE 14 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les Parties fera l'objet d'un avenant. Toute demande d'avenant devra faire l'objet d'un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte. L'avenant précise les éléments modifiés de la convention sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

ARTICLE 15 : INTERRUPTION DE LA CONVENTION - CLAUSES DE RESILIATION

La présente convention pourra être interrompue immédiatement en cas de non-respect de l'un quelconque de ses termes ou en cas de dissolution ou de changement de statut social du Cocontractant.

Le Département pourra résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de toute ou partie de la participation versée en cas de non-respect par l'Association de ses engagements contractuels, de faute grave de sa part et après une mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 16 : CLAUSES DE REVERSEMENT

Nonobstant les dispositions de l'article 15 (clauses de résiliation), s'il apparaît, au terme des opérations de contrôle financier, que la participation a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département de la Dordogne se réserve le droit, après avoir entendu l'Association, le cas échéant, de mettre fin à la participation accordée et d'exiger le reversement des sommes reçues assorties d'intérêts au taux légal à compter de la date de réception des fonds par l'Association bénéficiaire.

Le reversement total ou partiel de la participation ou l'interruption de son versement peut être décidé à la demande de l'Association lorsque celle-ci ne souhaite pas poursuivre le programme et sollicite la résiliation de la convention. Le reversement est effectué par l'Association dans un délai d'un mois, après réception du titre de recette émis par M. le Payeur départemental.

ARTICLE 17 : ASSURANCE

L'Association exerce les actions examinées à l'article 2 de la présente convention sous sa responsabilité exclusive. Elle s'engage à souscrire toutes les polices d'assurance nécessaires pour garantir sa responsabilité et pour que la responsabilité du Conseil départemental ne puisse être recherchée.

ARTICLE 18 : RÈGLEMENT DE LITIGES

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les signataires décident de rechercher un règlement amiable à tout recours contentieux. En cas d'échec, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

ARTICLE 19 : COMMUNICATION

L'Association bénéficiaire s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département de la Dordogne avec la Charte graphique du logotype dans toutes les actions de communication engagées. Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Cette convention a été établie en 2 exemplaires originaux.

A Périgueux, le

Pour le Département de la Dordogne,
la Vice-présidente chargée de l'Insertion
de l'Economie sociale, de l'Enfance et de la
Famille, des Fonds européens,

Pour l'Association AFAC 24,
le Président en exercice,

Mireille BORDES

Pièces annexes

- Annexes 1 et 2 - Règlement intérieur (Mobyd'Or (1) ; Automobilité 24 (2))
- Annexe 3 - Fiche prescription type
- Annexe 4 - Demande de mise à disposition MOBILITE
- Annexes 5 et 6 - Points Relais AFAC 24 ; Coordonnées par site
- Annexe 7 - Convention type
- Annexe 8 - Etat quantitatif et qualitatif du parc.

Règlement intérieur

1 But de l'action :

Mettre des cyclomoteurs à disposition pour permettre la mobilité des personnes sans moyen de locomotion, en vue de faciliter leur insertion professionnelle.

2 Conditions :

- ⊙ Être éloigné du transport urbain ou interurbain, ou avec des horaires inconciliables avec ces transports.
- ⊙ Présenter tout document justifiant le besoin du cyclomoteur en lien avec l'emploi, la formation, ...
- ⊙ Respecter le présent règlement
- ⊙ S'acquitter du montant de la mise à disposition

3 Papiers à fournir :

- ⊙ Demande de mise à disposition signée par le prescripteur
- ⊙ Dépôt de garantie : 200 € (non encaissé), si le garant n'est pas l'utilisateur, attestation du garant
- ⊙ Attestation du Brevet de Sécurité Routière (B.S.R.) pour les personnes nées à compter du 1^{er} janvier 1988
- ⊙ Autorisation parentale pour un mineur

4 Mise à disposition :

- ⊙ Les mises à disposition sont faites pour une journée, une semaine ou un mois.
- ⊙ **La durée totale ne pourra excéder six mois.**
- ⊙ L'utilisation est prévue exclusivement pour les motifs portés sur le document justifiant la mise à disposition excluant toute utilisation autre.
- ⊙ A.F.A.C. 24, en liaison avec le prescripteur, se réserve le droit de mettre à disposition ou non un véhicule en fonction d'une précédente mise à disposition avec l'utilisateur.
- ⊙ Coût de la mise à disposition :

La journée : 8 € La semaine : 15 € Le mois : 50 €

5 Obligations A.F.A.C. 24

- ⊙ A.F.A.C. 24 s'engage à mettre à disposition un cyclomoteur en état de fonctionnement pendant toute la durée de la mise à disposition. En cas de panne, AFAC interviendra le plus rapidement possible et pourra effectuer un remplacement du véhicule sous réserve de disponibilité.

6 Obligations de l'utilisateur :

Véhicule

- ⊙ Un état descriptif du véhicule est joint au contrat. L'utilisateur le signe avant le départ. A.F.A.C. 24 ne tiendra pas compte de réclamations concernant des dégâts apparents qui n'auront pas été signalés au moment du départ.
- ⊙ La restitution du cyclomoteur doit se faire aux dates et heures prévues sur le contrat sous peine de poursuites judiciaires. En cas d'empêchement, l'utilisateur doit informer A.F.A.C. 24 ou la structure relais par tout moyen et dans les plus brefs délais.
- ⊙ L'utilisateur doit rendre le cyclomoteur dans l'état où il l'a pris. Un état descriptif de retour sera signé avec A.F.A.C. 24 ou le point relais et l'utilisateur. Toute dégradation ou tout dommage constaté après l'état descriptif de départ fera l'objet d'une facturation à l'utilisateur sauf si celui-ci prouve qu'ils ont eu lieu sans sa faute.
- ⊙ **Le cyclomoteur ne doit pas circuler hors du département de la Dordogne sous peine de l'encaissement du chèque de caution.**
- ⊙ Signaler tout défaut de fonctionnement du cyclomoteur.
- ⊙ En cas de panne, appeler A.F.A.C. 24 ou la structure relais.

Dépôt de garantie

- ⊙ Il est destiné à couvrir le préjudice subi par A.F.A.C. 24 du fait de dommages ou de vol du véhicule, ou de non-paiement du coût de la mise à disposition.
- ⊙ En l'absence de dommage et/ou de vol et de non-paiement, le dépôt de garantie est rendu en fin de contrat.

Responsabilité

- ⊙ **Dommages au véhicule** : L'utilisateur est responsable du cyclomoteur et des accessoires fournis dont il a la garde. En cas d'accident, ayant fait l'objet d'un constat amiable transmis à AFAC24, que l'utilisateur soit responsable ou pas, le montant de la franchise assurance, soit 150€, sera dû à AFAC24. Si les dégâts constatés sont inférieurs à 150€, le remboursement sera réglé dans les modalités du paragraphe suivant.
- ⊙ **Dégradations / pertes** : Toutes pertes ou dégradations des accessoires et/ou dégradations du cyclomoteur feront l'objet d'une facturation supplémentaire à la charge de l'utilisateur correspondante au montant de leur remplacement aux tarifs en vigueur, sur facturation ou retenue sur le dépôt de garantie.
- ⊙ **Carburant** : A compter du 12/10/2018, toute la signalétique pour les carburants change : les noms des différents types d'essence, sont transformés, ainsi que leurs couleurs et symboles associés. Concernant les mobylettes et scooters plus qu'un seul carburant (ss plomb 98) avec ce nouveau symbole :

E5

- ⊙ **Pannes** : En cas de panne, appeler AFAC. Aucune réparation ne doit être effectuée par un tiers. Aucun frais engagé par l'utilisateur ne sera remboursé. En cas de mauvaise utilisation des 2 roues, toutes réparations et tous déplacements effectués seront à la charge de l'utilisateur.
- ⊙ **Gilet jaune** : l'utilisateur devra l'avoir sur lui ou dans un rangement du véhicule. Le gilet devra être porté si vous êtes amené à quitter le cyclomoteur sur la chaussée ou ses abords et lors d'un arrêt d'urgence (amende de 11€ si pas de gilet lors d'un contrôle et 135€ si non-port dans les situations d'urgence). La non restitution du gilet sera facturé 3€.
- ⊙ **Port de gants** : le port de gants de motocyclisme certifiés CE devient obligatoire aux conducteurs et aux passagers qui circulent à motocyclette sous peine de verbalisation. La sanction en cas de non-port est une amende de 3e classe et le retrait d'un point sur le permis de conduire.
- ⊙ **Vol** : En cas de vol du cyclomoteur, le dépôt de garantie sera retenu.
- ⊙ **Conditions de renouvellement** : Avant toute nouvelle mise à disposition, être à jour du règlement de la précédente.
- ⊙ **Autres responsabilités** : L'utilisateur est responsable des infractions commises pendant la durée de la mise à disposition, et ses coordonnées seraient communiquées aux autorités de police qui en feraient la demande.

L'utilisateur s'engage à ne pas laisser conduire le 2 roues par d'autres personnes.

L'utilisateur s'engage à disposer d'un lieu clos et sécurisé pour entreposer le 2 roues, et à l'attacher à un point fixe et solide avec un antivol, voire deux, quel que soit la durée du stationnement.

En cas d'accident, l'utilisateur s'engage à prévenir immédiatement les autorités de police ou de gendarmerie s'il y a des blessés. Tout accident et/ou dommage affectant le cyclomoteur doit être déclaré à A.F.A.C. 24 dans les 48 heures. Un constat amiable, précis et lisible, dûment rempli doit être remis à A.F.A.C. 24 dans les plus brefs délais.

En cas d'accident ou de constatation de conduite sous l'emprise de l'alcool ou de tout autre produit illicite, l'association se décharge de toutes responsabilités et se réserve le droit de :

- Porter plainte auprès des autorités compétentes
- Arrêter la mise à disposition
- Informer les services prescripteurs
- Obtenir réparation des dommages subis

A, LE - Signature de l'utilisateur (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Automobilité 24

Règlement intérieur

(Mis à jour mai 2018)

I. But de l'action :

Mettre des véhicules automobiles à disposition à courte durée pour permettre la mobilité des personnes sans moyen de locomotion, en vue de faciliter leur insertion professionnelle.

II. Conditions :

- ⊙ Être orienté par un prescripteur.
- ⊙ Respecter le présent règlement.

III. Papiers à fournir :

- ⊙ Permis de conduire. Le présenter à chaque contrôle,
- ⊙ Demande de mise à disposition signée par le prescripteur.
- ⊙ Dépôt de garantie (non encaissé) Véhicule : 300 €. Carburant : 70 €.

IV. Mise à disposition :

- ⊙ A.F.A.C. 24 met les véhicules à disposition pour une durée limitée : maximum 1 mois d'affilée. Exception peut être faite sur demande et acceptation par l'organisme prescripteur, sous réserve d'une formation ou un contrat de travail à durée déterminée. Deux renouvellements peuvent être possibles, **la totalité n'excédant pas trois mois**. Dans ces cas le véhicule devra obligatoirement être présenté au bout de 15 jours de mise à disposition).
- ⊙ L'utilisation est prévue exclusivement pour les motifs portés sur le document justifiant la mise à disposition excluant toute utilisation autre.
- ⊙ A.F.A.C. 24, en liaison avec le prescripteur, se réserve le droit de mettre à disposition ou non un véhicule en fonction d'une précédente mise à disposition avec l'utilisateur.
- ⊙ Coût de la mise à disposition :
 - La journée : 15 €, La semaine : 60€, Le week-end : 30€
 - Le 1^{er} mois : 120 €, le 2^{ème} 160 € et le 3^{ème} 200 €

V. Obligations d'A.F.A.C. 24 :

- ⊙ A.F.A.C. 24 s'engage à mettre à disposition un véhicule en état de fonctionnement pendant toute la durée du contrat

VI. Obligations de l'utilisateur :

Véhicule

- ⊙ Un état descriptif du véhicule est joint au contrat. L'utilisateur le signe avant le départ. A.F.A.C. 24 ne tiendra pas compte de réclamations concernant des dégâts apparents qui n'auront pas été signalés au moment du départ.
- ⊙ La restitution du véhicule doit se faire aux dates, heures et lieux prévus sur le contrat sous peine de poursuites judiciaires. En cas d'empêchement, l'utilisateur doit informer A.F.A.C. 24 par tout moyen et dans les plus brefs délais.
- ⊙ L'utilisateur doit rendre le véhicule dans l'état où il l'a pris, avec le plein de carburant. Si le véhicule n'est pas rendu avec le plein de carburant, le complément sera facturé à l'utilisateur.
- ⊙ **Le véhicule ne doit pas circuler hors du département de la Dordogne sous peine d'encaissement du chèque de caution.**
- ⊙ Tenir à jour le carnet de bord.
- ⊙ Avertir A.F.A.C. 24 du nombre de personnes transportées.

- ⊙ Signaler tout défaut de fonctionnement du véhicule.
- ⊙ En cas de panne, appeler A.F.A.C. 24.

Dépôt de garantie

- ⊙ Il est destiné à couvrir le préjudice subi par A.F.A.C. 24 du fait de dommages ou de vol du véhicule, ou de non paiement du coût de la mise à disposition.
- ⊙ En l'absence de dommage et/ou de vol et de non paiement, le dépôt de garantie est rendu en fin de contrat.

Responsabilité

- ⊙ **L'utilisateur est responsable du véhicule dont il a la garde. Il est tenu de respecter les visites de contrôle véhicule qui ont lieu toutes les 2 semaines.**
- ⊙ En cas d'accident, ayant fait l'objet d'un constat amiable transmis à AFAC 24, que l'utilisateur soit responsable ou pas, le montant de la franchise assurance soit 370 euros sera dû à AFAC 24.
- ⊙ Toutes pertes ou dégradations des accessoires et/ou dégradations du véhicule feront l'objet d'une facturation supplémentaire à la charge de l'utilisateur correspondante au montant de leur remplacement aux tarifs en vigueur, sur facturation ou retenue sur le dépôt de garantie.
- ⊙ En cas de vol, le montant du dépôt de garantie, soit 370 euros sera retenu. Si l'utilisateur ne peut pas prouver que le vol a eu lieu sans sa faute (fermeture du véhicule effectué, papiers du véhicule présentés), le montant de la valeur du véhicule sera dû par l'utilisateur.
- ⊙ Avant toute nouvelle disposition, l'utilisateur devra être à jour de ses règlements.
- ⊙ L'utilisateur est tenu d'informer immédiatement l'association s'il fait l'objet d'une décision de justice et de ramener sans délai le véhicule qui est mis à disposition.

VII. Important :

- ⊙ L'utilisateur est responsable des infractions commises pendant la durée de la mise à disposition, et ses coordonnées pourront être communiquées aux autorités de police qui en feraient la demande.
- ⊙ L'association AFAC 24 vous contactera si une contravention est établie par la Police Municipale (par exemple pour stationnement gênant) à votre rencontre. Suite à notre appel téléphonique, vous avez 7 jours pour venir régler l'amende à l'association AFAC 24. Dans le cas de non-respect de ce délai, l'association se réserve le droit de résilier le contrat de mise à disposition et de demander la restitution du véhicule.
- ⊙ L'utilisateur s'engage à ne pas laisser conduire le véhicule par d'autres personnes sauf cas de force majeur
- ⊙ L'utilisateur s'engage à ne jamais laisser les clefs, les papiers et le contrat de mise à disposition dans le véhicule en dehors des périodes de conduite et à s'assurer que les portes sont bien verrouillées.
- ⊙ En cas d'accident, l'utilisateur s'engage à prévenir immédiatement les autorités de police ou de gendarmerie s'il y a des blessés. Tout accident et/ou dommage affectant le véhicule doit être déclaré à A.F.A.C. 24 dans les 48 heures. Un constat amiable, précis et lisible, dûment rempli doit être remis à A.F.A.C. 24 dans les plus brefs délais.
- ⊙ Les biens personnels ne sont pas assurés. Ne rien laisser dans le véhicule.
- ⊙ Forfait kilométrique : 800 km/semaine.
- ⊙ Forfait kilométrique : de 800 km à 1000 km facturation à 0.25€/km
- ⊙ Forfait kilométrique : + de 1000 Km facturation à 0.5€/km
- ⊙ En cas de défaut de paiement des factures, les montants seront retenus sur les cautions.
- ⊙ En cas d'accident ou de constatation de conduite sous l'emprise de l'alcool ou de tout autre produit illicite, l'association se décharge de toutes responsabilités et se réserve le droit de :
 - Porter plainte auprès des autorités compétentes
 - Arrêter la mise à disposition
 - Informer les services prescripteurs
 - Obtenir réparation des dommages subis

A..... le.....

Signature de l'utilisateur (précédée de la mention « lu et approuvé le règlement »)

Demande de mise à disposition MOBILITE

Scoot/Mob Voiture Camion

Identification du prescripteur : Conseil Départemental – Pole Emploi - Plie

Mission Locale – Cap Emploi – SIAE – Autre

Organisme : Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Mail :

Identification de l'utilisateur :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Date de naissance :

⇒ **Scoot/mob** : Si né(e) à partir du 1^{er} janvier 1988, l'utilisateur doit être titulaire du B.S.R. (fournir une copie)

⇒ **Si moins de 18 ans, une autorisation parentale obligatoire est à joindre**

Motif de la mise à disposition :

.....

.....

Statut de l'utilisateur : Bénéficiaires RSA (copie attestation CAF – Allocataire :))

Jeunes -26 ans - Autres :

Destination : Distance à parcourir :

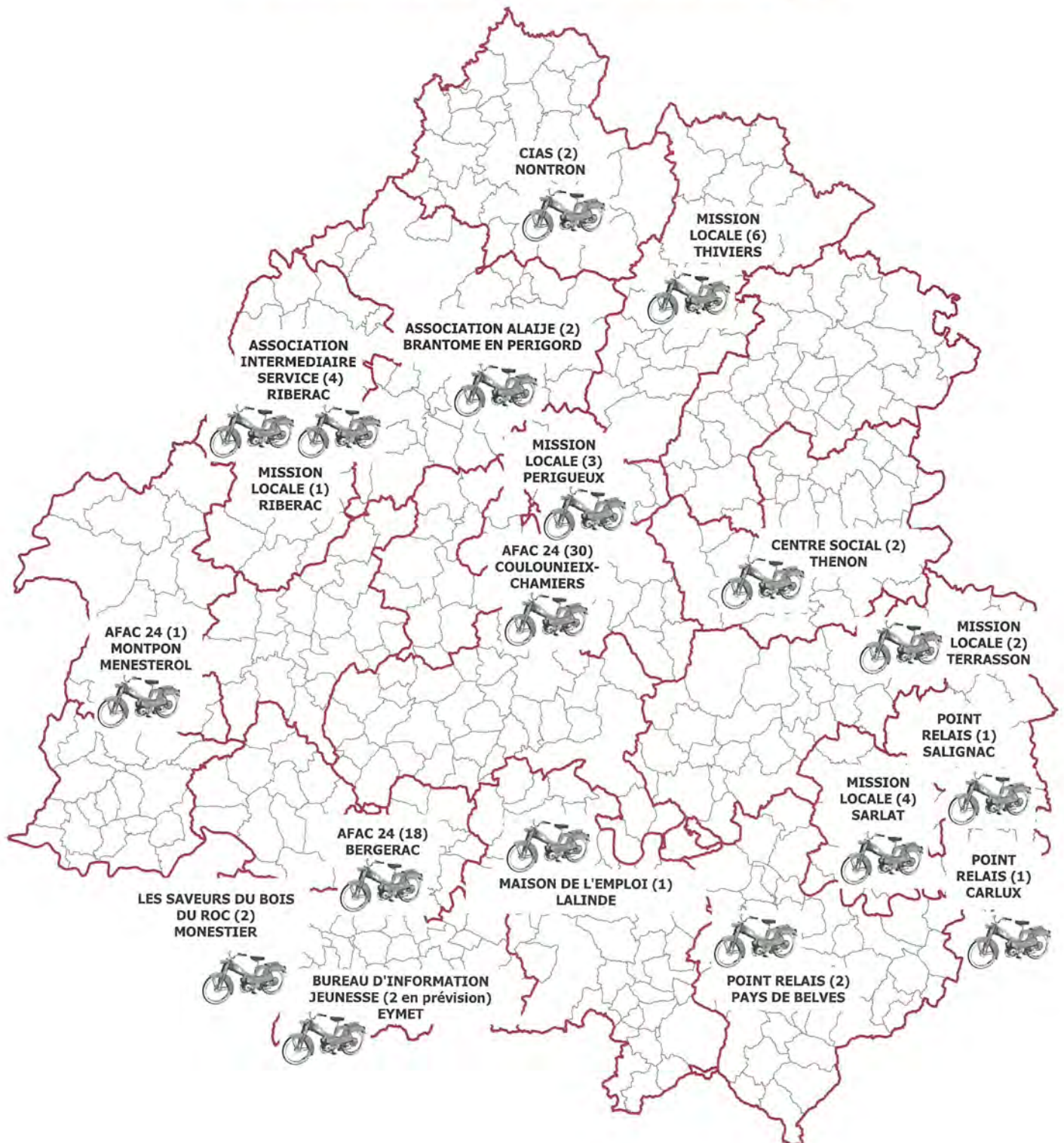
Durée souhaitée de la mise à disposition :

Fait à, le

Signature du prescripteur

Points Relais AFAC 24

Mise à disposition de cyclomoteurs



POINTS RELAIS (84 Cyclomoteurs)

-  Unités Territoriales
-  Cantons

SITES DE PERIGUEUX

	COORDONNEES	REFERENT	RESPONSABLE/ELU
1	Mission locale Périgueux 10 Av. Georges Pompidou 24000 Périgueux T : 05.53.06.68.20	Sabine LAPORTE	Hussein KHAIRALLAH
2	Mission locale Ribérac 36 rue du 26 Mars 1944 24600 Ribérac T : 05.53.92.40.70	Laura MAURY	Nicole GERVAISE
3	Mission locale Sarlat Place Marc Busson 24200 Sarlat T : 05.53.31.56.00	Evelyne DUMAS	Jean-Jacques DE PERETTI
4	Mission locale Thiviers Rue Henri Saumande 24800 Thiviers T : 05.53.52.59.91	Priscille ADAMS	Martine PERETTI
5	EEE Lalinde 3 rue du Professeur Testut 24150 Lalinde T : 05.53.73.43.80	Dominique MASUZZO	Christian BOURRIER
6	Mission locale Terrasson 58 Av. Jean Jaurès 24120 Terrasson T : 05.53.50.82.44	Anissa BADJI	Jean-Jacques DE PERETTI

	COORDONNEES	REFERENT	RESPONSABLE/ELU
1	ALAIJE Brantome Chemin du Vert Galant 24310 Brantome T : 05.53.35.38.64	Lucie GABORIAU	Nicole LABUSSIÈRE
2	Centre Social Thenon 5 Place Michel Montaigne 24210 Thenon T : 05.53.35.09.96	Véronique MONS	Marie-Claire BOULINGUEZ
3	Al Service Ribérac 10 Rue Marcel Pagnol 24600 Ribérac T : 05.53.90.93.28	Mauricette BREUIL Sylvie CHABOT	Jean-Christophe DIXNEUF
4	CIAS Nontron 22 Rue Carnot 24300 Nontron T : 05.53.60.80.40	Nadine CHAUVET	René LALISOU
5	Point Public Belves Place de la Liberté 24170 Belvès T : 05.53.31.44.81	Nathalie HUSSON	Michel RAFALOVIC
6	Point Public Salignac Mairie 24590 Salignac Evgues T : 05.53.28.81.48	Arnaud RATHIER	Jean-Pierre DUBOIS
7	Point Public Carlux Place de la Mairie 24370 Carlux T : 05.53.59.19.87	Mélanie CHEVAIS	André ALARD

SITES DE BERGERAC

1	Les Saveurs du Bois du Roc Monestier La Felière – Route d'Eymet 24240 MONSESTIER T : 05.53.22.90.46	Christelle RABOUY	Martin CHASSAGNE
2	Point Information Jeunesse CIAS – Porte Sud Périgord 23 Av. de la Bastide 24500 Eymet T : 05.53.22.98.16		



CONVENTION

Entre : **A.F.A.C. 24**
11, rue Jean Bouin
24660 COULOUNIEIX CHAMIERES
☎ : 05.53.09.03.15
Représentée par sa Directrice : Aurore DEBORDEAUX

D'une part,

Et :

☎ :
Représenté par son Directeur :

D'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 :

- ⊙ La présente convention a pour objet de fixer les conditions de collaboration des deux structures désignées ci-dessus :

Article 2 :

Objet de la convention : Gestion d'un parc de cyclomoteurs dans le cadre des aides à la mobilité.

- ⊙ Ces véhicules sont destinés aux publics les plus fragilisés, les personnes relevant des minima sociaux et les 16 – 25 ans. La mise à disposition est liée à une action d'insertion, de formation ou d'emploi en vue de rompre l'isolement et répond aux besoins des personnes en milieu rural.
- ⊙ adhère aux objectifs et modalités de l'action Mobydor.

Article 3 :

- ⊙ A.F.A.C. 24 s'engage à mettre à disposition sur le site de:
 - .. cyclomoteurs, .. scooters, casques, antivols et gilets jaunes,
 - Les documents administratifs (contrats, reçus, assurances, etc).
- ⊙ A.F.A.C. 24 s'engage à effectuer :
 - La livraison et la reprise des cyclomoteurs,
 - L'entretien du parc, tous les trimestres. Sous réserve d'un signalement par le référent, des interventions sont également possibles en dehors de ces temps réguliers. Dans ce cas, A.F.A.C. 24 s'engage à intervenir dans les 10 jours suivants le signalement.

Article 4 :

- ⊙ désigne un référent,, et s'engage à :
 - fournir un local clos évitant les risques de vols éventuels,
 - respecter les procédures et conditions telles que définies dans l'annexe 1,
 - faire respecter le retour des cyclomoteurs pour effectuer les réparations,

- informer A.F.A.C. 24 des dysfonctionnements techniques, des difficultés rencontrées en lien avec les mises à disposition,
- solliciter A.F.A.C. 24 en cas de demande supérieure aux possibilités afin de vérifier les disponibilités du réseau,
- informer le bénéficiaire des conditions d'utilisation du cyclomoteur pour en garantir le meilleur usage (carburant, démarrage, mise en sécurité, ...),
- informer les usagers et éventuellement la structure qui se porte caution de la gestion de celle-ci,
- tenir à jour les documents nécessaires à la mise à disposition.

Article 5 :

- ⊙ ne pourra en aucun cas demander une compensation financière à A.F.A.C. 24 pour sa prestation administrative, humaine et matérielle.
- ⊙ est informée que ce dispositif bénéficie de subventions couvrant partiellement les coûts.

Article 6 :

- ⊙ La présente convention d'une durée d'un an sera renouvelée par tacite reconduction.
- ⊙ La dénonciation s'effectuera par lettre recommandée avec accusé réception, à la demande de l'un ou l'autre partenaire et prendra fin un mois après réception, le cachet de la poste faisant foi.

Fait en deux exemplaires

A, le 01/01/2018

AFAC 24
A. DEBORDEAUX
Directrice

.....
.....
.....

PARC AUTOMOBILITE 24

21/09/2018

	MARQUE	TYPE	IMMAT	ETAT
1	RENAULT rouge	KANGOO	1400-VH-24	MOYEN
2	RENAULT blanche	TWINGO	AJ-221-RJ	MOYEN
3	FORD	FIESTA	AZ-718-BS	PANNE
4	RENAULT	TWINGO	BP-380-HQ	MOYEN
5	FIAT	PUNTO	CM-335-WY	BON
6	SUZUKI bleue	IGNIS	CN-811-FX	BON
7	RENAULT grise	TWINGO	DC-233-EA	BON
8	PEUGEOT	BOXER	DY-278-WZ	PANNE
9	FIAT	PUNTO	EG-802-MD	BON
10	TOYOTA	AYGO	EV-500-HD	TRES BON
11	DACIA	SANDERO	EX-445-WM	NEUVE
12	DACIA	SANDERO	EX-497-WM	NEUVE
13	DACIA	SANDERO	EY-186-AE	NEUVE
14	DACIA	SANDERO	EY-240-AE	NEUVE
15	OPEL	ZAFIRA	BG-734-NX	BON

Processus de mise à disposition 2 roues AFAC 24

Prescription



Contact téléphonique pour prise de rdv



Mise à disposition Administrative (30 à 45 minutes)

- Montage du dossier administratif (BSR-caution...)
- Lecture et explication du règlement intérieur
- Réalisation du contrat de location



Mise à disposition Technique (15 à 45 minutes)

- Etat des lieux du véhicule
- Présentation du 2 roues (fonctionnement-antivol-démarrage...)
- Explication des différents carburants et réservoirs
- Possibilité de réaliser son premier mélange avec le mécanicien
- Remise d'un document explicatif sur les mélanges (huile /essence)
- Sensibilisation à l'utilisation
- Possibilité de faire une mise ou remise en selle avec un petit parcours pour vérifier la maniabilité



Restitution ou renouvellement de contrat

- Renouvellement administratif
- Vérification mécanique du 2 roues



Dès le 3ème mois de location

- Information sur le délai de 6 mois de location maximum ou dérogation éventuelle
- Informations sur l'existant pour une prise de relais en fonction des situations

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.11

Charte Qualité pour les Maisons d'Assistants Maternels (MAM).
Modification de la Charte approuvée par délibération de la Commission Permanente
n° 17.CP.II.24 du 10 avril 2017.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE
RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.11

Charte Qualité pour les Maisons d'Assistants Maternels (MAM).
Modification de la Charte approuvée par délibération de la Commission Permanente
n° 17.CP.II.24 du 10 avril 2017.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.II.24 du 10 avril 2017,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE les modifications de la Charte Qualité des Maisons d'Assistants Maternels (MAM) ci-annexée, qui précise les engagements de la Maison d'Assistants Maternels (MAM), de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et les missions du Conseil départemental en vue de favoriser un accueil de qualité, et ABROGE en conséquence sa délibération n° 17.CP.II.24 du 10 avril 2017 ainsi que la Charte s'y rapportant.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter ladite Charte Qualité pour les Maisons d'Assistants Maternels (MAM), au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.11 du 25 novembre 2019.

CHARTRE DE QUALITE
POUR LES
MAISONS D'ASSISTANTS MATERNELS
(MAM)

Entre :

La Maison d'Assistant Maternel (MAM) « » sise à.....et représentée par Monsieur / Madame :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Dûment habilité à représenter la personne morale gestionnaire de la MAM,

D'une part,

Et

La Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de la Dordogne, dont le siège est situé 50, rue Claude Bernard - 24000 PERIGUEUX, représentée par M. Michel BEYLOT, en sa qualité de Directeur,

Et

Le Conseil départemental de la Dordogne, dont le siège est situé 2, rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par M. Germinal PEIRO, en sa qualité de Président,

Et

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) de... (dénomination), dont le siège est situé (n°, rue, CP et ville), représentée par (civilité, prénom et nom du représentant), en sa qualité de Directeur.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Vu la loi n° 2010-625 du 9 juin 2010 relative à la création des Maisons d'Assistants Maternels (MAM),

Vu les articles L 424-1 à L 424-7 du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF) relatifs aux Maisons d'Assistants Maternels (MAM),

Les Maisons d'Assistants Maternels (MAM) représentent à la fois un nouveau mode d'accueil de la Petite Enfance et une nouvelle modalité d'exercice du métier d'Assistants Maternels.

Pour les professionnels, les MAM offrent de nombreux avantages liés au travail en équipe, à la lutte contre l'isolement ou la sous-activité, à la séparation matérielle du domicile et du lieu de travail. Pour les parents, les MAM offrent une prise en charge personnalisée de l'enfant, tout en leur faisant bénéficier de la richesse d'un accueil associant d'autres professionnels. Pour les enfants, l'accueil en MAM favorise la socialisation (apprentissage des règles de vie en société) et l'intégration au sein d'un petit groupe d'enfants, d'âges différents.

Pour autant, la création et le fonctionnement des MAM doivent respecter un certain nombre de règles et de conditions, afin de garantir la pérennité du service d'une part, ainsi que le développement, le bien-être et la sécurité des enfants, d'autre part.

Afin d'aider les Porteurs de projet dans leurs démarches de création d'une MAM et les services de Protection Maternelle Infantile (PMI) dans leurs missions d'agrément et de suivi des MAM, le Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, a élaboré un Guide à l'usage des services de PMI et des Assistants Maternels, paru en mars 2016.

Afin d'accompagner les pratiques professionnelles des acteurs de la Petite Enfance et donner un cadre commun de valeurs, la Direction Générale de la Cohésion Sociale a élaboré en 2017 à la demande de la Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, un « Cadre national pour l'accueil du jeune enfant » (Cf. annexe I à la Charte). Il pose les conditions d'une identité professionnelle commune à tous les modes d'accueil, individuels et collectifs et permet d'engager une réflexion et des échanges avec les professionnels et les familles autour du Projet d'accueil. Ce cadre constitue un outil pour que les Assistants Maternels de la MAM puissent s'engager dans une démarche d'évaluation continue de la qualité de leur offre de service.

Pour aller plus loin et afin d'encourager et valoriser les « bonnes pratiques » repérées au sein des MAM existantes, les services de l'Etat, la CNAF et les partenaires du secteur ont proposé la création d'une Charte de Qualité pour les MAM.

Article 1^{er} : Objectif de la Charte de Qualité

La Charte de Qualité précise les engagements de la MAM, de la CAF, du Conseil départemental et de la MSA en vue de favoriser un accueil de qualité.

Cette Charte de qualité définit les critères favorisant cette qualité d'accueil au sein des MAM. Pour ce faire, l'implication des Assistants Maternels et de l'ensemble des acteurs institutionnels (CAF, Conseil départemental, MSA) est nécessaire.

Article 2 : Engagements et missions des partenaires

Article 2.1. Engagements des Assistants Maternels de la MAM

Article 2.1.1. Les Assistants Maternels ont constitué une personne morale

Les Assistants Maternels de la MAM ont constitué une personne morale (association, SCI, autre) ; la personne morale est signataire de la Charte.

Les Assistants Maternels de la MAM communiquent les statuts de ladite personne morale au Conseil départemental, à la CAF et la MSA en amont de la signature de la présente Charte.

Article 2.1.2 L'un des Assistants Maternels a une expérience d'au moins deux ans

L'un des Assistants Maternels de la MAM dispose d'une expérience antérieure d'au moins deux ans, soit en tant qu'Assistant Maternel à son domicile ou au sein d'une autre MAM, soit en tant que salarié de l'Equipe éducative d'un Etablissement d'accueil du jeune enfant. La preuve en est apportée par une Attestation sur l'honneur de l'expérience antérieure de deux ans de l'un des Assistants Maternels, annexée à la présente. La CAF se réserve la possibilité de demander la preuve de cette expérience.

Les Assistants Maternels de la MAM doivent avoir suivi la Formation initiale obligatoire avant tout accueil du premier enfant, prévue à l'article L. 421-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). La preuve en est apportée par la Copie de l'agrément et la Validation des acquis des 80 heures de formation avant accueil et l'attestation de suivi des 40 heures de chacun des Assistants Maternels exerçant dans la MAM délivré par le Conseil départemental et/ou l'Organisme de formation.

Article 2.1.3 La rédaction d'un Projet d'accueil, d'une Charte de fonctionnement et d'un Règlement intérieur

Les items devant être développés au sein du Projet d'accueil commun, de la Charte de fonctionnement et du Règlement interne sont répertoriés dans le Guide ministériel des MAM du Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes de mars 2016 (pages 29 à 31).

Le Projet d'accueil définit les valeurs partagées pour permettre de construire un travail d'équipe et de mise en valeur des complémentarités de chaque Assistant Maternel dans l'intérêt de chaque enfant accueilli, dans le respect de ses besoins et en accord avec les parents. Les Assistants Maternels devront être sensibilisés aux actions et projets visant à améliorer la qualité de l'air intérieur et les conditions environnementales favorables à la santé de l'enfant accueilli.

La Charte de fonctionnement permet de présenter le fonctionnement concret de la MAM. Elle doit permettre aux parents de comprendre ce qu'est une MAM et ses particularités.

Le Règlement interne traite des questions d'organisation au quotidien et aide les Assistants Maternels à clarifier leur fonctionnement interne.

Les Assistants Maternels communiquent au Conseil départemental, à la CAF et à la MSA le Projet d'accueil commun, la Charte de fonctionnement et le Règlement interne en amont de la signature de la présente Charte. Les documents finalisés sont annexés à la Charte.

Les Assistants Maternels de la MAM s'engagent à informer, conformément à leurs obligations légales les services de la PMI, de toute modification de ces documents ou de tout changement de l'équipe d'Assistants Maternels composant la MAM. Ils s'engagent à en informer également la CAF et la MSA. Le Projet d'accueil, la Charte de fonctionnement et le Règlement interne doivent dans ce cas être modifiés en conséquence.

Article 2.1.4 La notion de Délégation d'accueil (articles L 424-2 et L.424-3 du CASF)

L'organisation de la Délégation d'accueil est précisée pages 32 et 38 du Guide ministériel des MAM du Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes de mars 2016.

Celle-ci est décrite dans la Charte de fonctionnement, elle peut permettre :

- de gérer les arrivées tôt le matin, les départs tard le soir, notamment pour adapter la MAM à l'accueil des enfants en horaires décalés ou atypiques,
- de gérer les périodes durant lesquelles tous les enfants ne sont pas présents dans la MAM,
- d'organiser des activités adaptées par tranches d'âges des enfants accueillis,
- de faciliter le départ en formation des Assistants Maternels.

Deux limites sont fixées à la Délégation (article L 424-3 du CASF) :

- l'Assistant Maternel ne peut pas accueillir un nombre d'enfants supérieur à celui prévu par son agrément,
- chaque Assistant Maternel doit assurer le nombre d'heures d'accueil mensuel prévu par son ou ses contrats de travail.

Ces conditions sont entendues de manière restrictive, il est important qu'en cas de Délégation d'accueil le parent puisse toujours voir plusieurs fois dans la semaine l'Assistant Maternel référent de l'enfant.

Article 2.1.5 Relations avec les partenaires extérieurs.

Les Assistants Maternels sont sensibilisés en fonction de leurs possibilités et des dispositifs existants à rechercher des liens à l'extérieur (Relais Assistants Maternels, Bibliothèques, Ludothèques, Associations, etc.).

Un planning de ces sorties doit être établi et fourni au Conseil départemental, la CAF et la MSA en cas de demande expresse.

Article 2.1.6 La relation avec les parents employeurs

Les Assistants Maternels veilleront à construire une relation de confiance avec les parents, basée sur l'écoute et le dialogue. Pour ce faire, des temps de transmission et d'échanges seront instaurés de manière très régulière entre les parents et leur Assistant Maternel. Ce dernier joue le rôle de Référent pour l'enfant accueilli. Il doit lui offrir une relation individualisée et privilégiée, afin de lui offrir la sécurité affective nécessaire à son bon développement et à une socialisation épanouissant.

Parents et Assistant Maternel référent doivent rechercher ensemble la plus grande cohérence éducative possible entre les habitudes familiales de l'enfant et l'accueil au sein de la MAM. Les Assistants Maternels doivent prendre en compte le plus possible les attentes des parents. Les parents prennent conscience que l'enfant est accueilli avec d'autres enfants qui ont un autre modèle éducatif et qu'un Projet éducatif a été conçu pour l'accueil de tous les enfants au sein de la MAM.

Dans leur relation contractuelle avec les parents, les Assistants Maternels s'engagent à respecter la réglementation en vigueur, notamment pour la Délégation d'accueil qui doit faire l'objet d'un accord écrit des parents employeurs.

Article 2.1.7 L'accessibilité financière garantie à toutes les familles

Chaque Assistant Maternel de la MAM s'engage, lorsqu'il négocie son salaire avec les parents, à respecter la limite maximale de cinq SMIC horaire/jour fixée par l'article D. 531-17 du Code de la Sécurité Sociale.

Les indemnités d'entretien ne peuvent être inférieures à un montant fixé par les partenaires sociaux. Dans le cas où l'Assistant Maternel fournit les repas, les parents doivent lui verser une indemnité de repas. Son montant est fixé librement entre les parents et l'Assistant Maternel, et doit être précisé au contrat de travail.

Dans le cas où l'Assistant Maternel utilise son véhicule pour transporter les enfants, les parents doivent lui verser une indemnité kilométrique qui ne peut être inférieure au barème de l'Administration (indemnité kilométrique de la fonction publique) et supérieure au barème fiscal.

Article 2.1.8 L'inscription sur le site Internet « www.mon-enfant.fr »

Les Assistants Maternels de la MAM ont transmis à la CAF les données nécessaires à l'inscription de la MAM sur le site « www.mon-enfant.fr ». La Fiche d'inscription pour chaque AM de la MAM est annexée à la présente.

En cas de modification de l'une de ces données, les Assistants Maternels de la MAM s'engagent à mettre à jour ces informations directement sur le site après avoir signé la convention d'habilitation informatique spécifiquement prévue à cet effet.

Article 2.1.9 La participation aux réunions et aux autres actions de réseau

Les Assistants Maternels de la MAM s'engagent à participer aux réunions et autres actions de réseaux organisées dans le cadre de la coordination des MAM mises en place sur le territoire.

Article 2.1.10 L'information des familles relative à la signature de la présente Charte de Qualité

Les Assistants Maternels s'engagent à informer les parents du contenu de la Charte de Qualité. Le document de communication spécifique doit être affiché dans les locaux de la MAM.

Article 2.1.11 Le suivi régulier de formations

Les formations favorisent l'acquisition de nouvelles compétences et favorisent la qualité de l'accueil au sein de la MAM.

Les Assistants Maternels de la MAM s'engagent à suivre régulièrement des formations.

Article 2.1.12 La limitation du cumul d'activités en MAM et à domicile

Les Assistants Maternels de la MAM s'engagent à limiter le cumul d'activité en MAM et à leur domicile à des cas particuliers, afin que l'accueil en MAM reste d'une part le principal accueil pour les enfants, d'autre part un projet commun, collectif et partagé par l'ensemble des Assistants Maternels de la MAM

Article 2.2. Engagements de la CAF et/ou la MSA

Article 2.2.1 La CAF / la MSA propose un accompagnement méthodologique à tout Porteur de projet qui la sollicite

La CAF ou la MSA propose, aux Porteurs de projets qui la sollicitent, un accompagnement méthodologique avant l'ouverture de la MAM (orientation pour le choix d'implantation de la MAM avec la transmission des territoires prioritaires pour le développement de l'offre d'accueil, aide en matière de définition du budget, information sur les aides financières délivrées par la CAF aux Assistants Maternels et aux familles, etc.).

Article 2.2.2 La CAF / la MSA verse des aides financières aux assistants maternels et familles remplissant les conditions

La CAF ou la MSA s'engage à verser la prime d'installation à tous les Assistants Maternels de la MAM remplissant les conditions et lui ayant adressé une demande.

La CAF ou la MSA s'engage à verser le Prêt à l'Amélioration du Lieu d'Accueil (Pala) à tous les Assistants Maternels de la MAM remplissant les conditions et lui ayant adressé une demande.

La CAF s'engage à verser une aide au démarrage de 3.000 € à toutes les MAM créées à compter du 1^{er} janvier 2016, s'implantant sur un territoire prioritaire, signataire de la Charte, et s'engageant à maintenir le fonctionnement de la MAM pendant au moins trois ans suivant son ouverture. En cas de cessation d'activité, un remboursement de l'aide pourra être demandé par la CAF.

Si en plus de ces critères la MAM se situe dans une zone où la population agricole est significative et après examen du dossier par les services de la MSA, une prime complémentaire de 1.000 € pourra être allouée.

La CAF ou la MSA s'engage à verser le Complément de libre choix du Mode de Garde de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (Cmg de la Paje) à tous les parents employeurs d'un Assistant Maternel exerçant au sein de la MAM, remplissant les conditions d'attribution de cette prestation.

Article 2.2.3 La CAF inscrit la MAM sur le site mon-enfant.fr

La CAF déclare avoir inscrit la MAM sur le site www.mon-enfant.fr.

Article 2.3. Missions du Conseil départemental

L'article L 2111-2 du Code de la Santé Publique dispose que « *L'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles et la surveillance des Assistants Maternels, relèvent de la compétence du Département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7, L. 2112-8, L. 2214-1, L. 2322-6 et L. 2323-2.* »

Les autres dispositions applicables sont contenues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) - partie législative (articles L 421-7 à L 424-7) - partie réglementaire (articles R 421-1 à D 423-27), et le Décret n° 2012-364 du 15 mars 2012 établissant le référentiel fixant les critères de l'agrément des Assistants Maternels (annexe 4-8 du CASF).

Le Guide départemental des procédures d'agrément des Assistants Maternels et Familiaux et notamment sa fiche 16 décrit la procédure départementale applicable pour la création des MAM dans le Département de la Dordogne.

L'Assistant Maternel exerçant en MAM est un professionnel de l'accueil de la Petite Enfance qui accueille un ou plusieurs enfants (4 maximum).

L'exercice de cette profession est conditionné par l'octroi d'un agrément. L'agrément est délivré par le Président du Conseil départemental pour une durée de 5 ans.

Le Président du Conseil départemental de la Dordogne organise de façon régulière des journées d'information relative à l'activité d'Assistant Maternel.

Il organise une formation préalable à l'accueil et une formation en cours d'emploi dans les 2 ans suivants l'accueil du premier enfant. Les Assistants Maternels ont obligation de suivre ces formations.

L'agrément doit garantir la santé, la sécurité et l'épanouissement de l'enfant accueilli. Des entretiens et des visites à domicile par les personnels du Conseil départemental permettent d'apprécier au regard des critères précisés dans le référentiel de l'agrément des Assistants Maternels, si les conditions légales d'agrément sont remplies.

Dans le cadre de sa mission de suivi et de contrôle, les services du Pôle de la Protection Maternelle Infantile s'assurent du maintien des conditions d'accueil proposées par le professionnel au sein de la MAM, ainsi que les dispositions mentionnées dans le Projet d'Accueil Commun.

Article 3 : Partenariat entre le Conseil Départemental / Caisse d'Allocations Familiales / Mutualité Sociale Agricole

En lien avec le Schéma Départemental des Services aux Familles du Département de la Dordogne et les procédures existantes, le Conseil Départemental, la Caisse d'Allocations Familiales et la Mutualité Sociale Agricole mettent en place un partenariat pour participer à la création et au suivi des MAM du Département.

Il vise à proposer un accompagnement méthodologique à tout Porteur de projet de MAM l'ayant sollicité en amont de l'ouverture. Cet accompagnement s'effectue notamment dans le cadre de la Commission technique d'étude des nouveaux projets. Cette Commission est composée des services de la PMI, de la CAF et de la MSA. Elle propose aux Porteurs de projet un accompagnement personnalisé.

Les partenaires institutionnels souhaitent favoriser l'échange et la réflexion entre les Assistants Maternels des MAM sur les pratiques professionnelles et les conditions d'accueil. Des actions de réseau pourront être organisées auxquelles seront éventuellement associés les Fédérations et Associations d'Assistants Maternels ainsi que les animateurs de RAM.

Le Conseil départemental de la Dordogne, la CAF et la MSA incitent les Assistants Maternels de la MAM à fréquenter les équipements du territoire (RAM, Ludothèques, Bibliothèques) et les sensibilisent sur la nécessité de se former régulièrement.

Le Conseil départemental de la Dordogne, la CAF et la MSA sensibilisent les Assistants Maternels sur les besoins des familles en termes d'accueil d'urgence et d'accueil sur des horaires spécifiques (de 22 heures à 6 heures du matin, le dimanche et les jours fériés mentionnés à l'article L. 3133-1 du Code du Travail).

Des visites de chaque partenaire institutionnel et/ou conjointes pourront être effectuées au sein de la MAM.

Article 4 : Durée et dénonciation de la Charte

Article 4.1 : Durée

La Charte de Qualité est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature.

Article 4.2 : Dénonciation

La Charte de Qualité peut être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties, en cas d'inexécution ou de non-respect de ces stipulations.

Dans tous les cas, la dénonciation de la présente Charte doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 4.3 : Arrivée d'un Assistant Maternel - Résolution de plein droit

Les Parties conviennent par avance que lorsqu'un Assistant Maternel rejoint la MAM, celle-ci souscrit par avenant à la présente Charte. Cet avenant et les nouvelles pièces justificatives inhérentes à ce changement sont transmis par tout moyen pour information aux parties autres que la MAM et les Assistants Maternels ; le silence de ces autres Parties durant un délai de deux mois vaut acceptation de l'avenant, sans que leur signature soit requise.

Lorsque la totalité des Assistants Maternels initialement signataires a quitté la MAM, ou lorsque les Assistants Maternels apportent des modifications substantielles au Projet d'accueil ou à la Charte de fonctionnement de la MAM, la présente convention est résolue de plein droit.

Article 5 : Règlement des litiges

Les Parties s'efforceront de régler à l'amiable toute difficulté dans la mise en œuvre de la présente Charte de Qualité. Dans l'hypothèse où aucune solution ne serait trouvée, le litige sera porté devant les juridictions territorialement compétentes.

Fait à, en 4 exemplaires originaux, le

Pour la Maison d'Assistant
Maternel (MAM) et les
Assistants Maternels

Pour la CAF, son Directeur

Pour le Conseil départemental,
son Président

Pour la MSA, son Directeur

Annexes :

Annexe 1 : Cadre National pour l'accueil du jeune enfant.

Pièces justificatives :

- Statuts de la personne morale représentante de la MAM ;
- Coordonnées de chacun des Assistants Maternels exerçant dans la MAM (nom, prénom, adresse personnelle, numéro de téléphone fixe et portable, adresse mail) ;
- Agrément de chacun des Assistants maternels exerçant dans la MAM ;
- Attestation de validation des acquis des 80h heures de formation avant accueil et Attestation de suivi des 40 heures de suivi de chacun des Assistants Maternels exerçant dans la MAM ;
- Attestation sur l'honneur de l'expérience antérieure de deux ans de l'un des Assistants Maternels ;
- Projet d'accueil ;
- Règlement interne ;
- Charte de fonctionnement ;
- Fiche d'inscription sur monenfant.fr complétée.

Cadre national pour l'accueil du jeune enfant



Ministère des Familles, de
l'Enfance et des Droits des
femmes

LA CHARTE NATIONALE POUR L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

DIX GRANDS PRINCIPES POUR GRANDIR EN TOUTE CONFIANCE

1. Pour grandir sereinement, j'ai besoin que l'on m'accueille quelle que soit ma situation ou celle de ma famille.
2. J'avance à mon propre rythme et je développe toutes mes facultés en même temps : pour moi, tout est langage, corps, jeu, expérience. J'ai besoin que l'on me parle, de temps et d'espace pour jouer librement et pour exercer mes multiples capacités.
3. Je suis sensible à mon entourage proche et au monde qui s'offre à moi. Je me sens bien accueilli.e quand ma famille est bien accueillie, car mes parents constituent mon point d'origine et mon port d'attache.
4. Pour me sentir bien et avoir confiance en moi, j'ai besoin de professionnel.le.s qui encouragent avec bienveillance mon désir d'apprendre, de me socialiser et de découvrir.
5. Je développe ma créativité et j'éveille mes sens grâce aux expériences artistiques et culturelles. Je m'ouvre au monde par la richesse des échanges interculturels.
6. Le contact réel avec la nature est essentiel à mon développement.
7. Fille ou garçon, j'ai besoin que l'on me valorise pour mes qualités personnelles, en dehors de tout stéréotype. Il en va de même pour les professionnel.le.s qui m'accompagnent. C'est aussi grâce à ces femmes et à ces hommes que je construis mon identité.
8. J'ai besoin d'évoluer dans un environnement beau, sain et propice à mon éveil.
9. Pour que je sois bien traité.e, il est nécessaire que les adultes qui m'entourent soient bien traités. Travailler auprès des tout-petits nécessite des temps pour réfléchir, se documenter et échanger entre collègues comme avec d'autres intervenants.
10. J'ai besoin que les personnes qui prennent soin de moi soient bien formées et s'intéressent aux spécificités de mon très jeune âge et de ma situation d'enfant qui leur est confié par mon ou mes parents.



ACCUEILLIR LES FILLES, LES GARÇONS ET LEURS FAMILLES, DE LA NAISSANCE À TROIS ANS

L'enfant est le cœur de métier des professionnel.le.s auquel.le.s il est confié par ses parents. Il doit être au cœur des orientations politiques qui organisent son accueil.

Ce texte définit le cadre commun, les principes et les valeurs essentielles que partagent les professionnel.le.s de l'accueil du jeune enfant. Il concerne l'ensemble des modes d'accueil, individuels et collectifs, et s'adresse à toutes celles et ceux qui les conçoivent, les mettent en œuvre et les font progresser : élu.e.s, gestionnaires, spécialistes, institutions et services, professionnel.le.s et parents.

Ce cadre d'orientation est issu des recommandations d'un travail approfondi de concertation scientifique et publique, auquel l'ensemble des acteurs de l'accueil du jeune enfant ont été associés pendant près d'une année.



Dans un mode d'accueil bienveillant et instruit de ses besoins spécifiques, le jeune enfant débute sa recherche pour connaître et comprendre le monde. En compagnie des autres, il apprend à y trouver sa place, son expression propre et sa liberté. En lien avec les familles, les modes d'accueil posent ainsi les bases d'une citoyenneté épanouie et responsable.

Les petites filles et les petits garçons vivent, de leur naissance à leur troisième année, une période cruciale et spécifique de leur développement, qui pose les bases de la construction de leur personnalité, de leur rapport aux autres et au monde. La prime enfance est fondatrice de la personne, sans être prédictive de son avenir. À cet âge, et pour qu'un petit humain se reconnaisse lui-même comme tel, il faut que d'autres humains prennent soin de lui avec affection et avec la considération que mérite sa personne et la promesse d'avenir qu'il représente, pour lui, et pour la société. Le petit enfant naît en attente de leurs regards, de leurs gestes et paroles, qui donneront sens à ses perceptions, ses sensations, ses expressions, et ses expériences. L'ensemble des professionnel.le.s qui accueillent les tout-petits, et prennent le relais des familles qui les leur confient, jouent donc un rôle essentiel dans le développement et l'épanouissement physique, affectif, cognitif et social des enfants.

Chaque enfant, chaque famille, est unique. Ils s'inscrivent en même temps dans une société en évolution. Les petites filles et petits garçons accueilli.e.s portent leur histoire et leur singularité. Quel que soit le mode de vie de leur famille, quelles que soient leurs situations particulières, sociales, de santé ou de handicap, toutes et tous doivent pouvoir être accueilli.e.s ensemble. Le développement des modes d'accueil est, par ailleurs, un objectif à poursuivre afin d'accueillir les enfants qui en sont encore éloignés, dans une perspective de mixité sociale et d'inclusion, conditions d'une citoyenneté partagée.

Le secteur de la petite enfance s'adapte aux transformations sociales, familiales, culturelles et à l'évolution des savoirs. Les modes d'accueil de la petite enfance, qu'ils soient individuels ou collectifs, doivent répondre aux attentes spécifiques de chaque enfant, en lien avec sa famille, en favorisant le vivre ensemble et l'égalité entre tous les enfants. Ils doivent offrir aux enfants les conditions d'un accueil sécurisant, personnalisé, ludique, encourageant sa vitalité découvreuse, son désir d'apprendre, de s'exprimer et de se socialiser. Accueillir le jeune enfant, c'est prendre soin de sa vulnérabilité et de ses potentialités. L'accueil de la petite enfance est ouvert sur le monde environnant, la nature, la culture, les sciences. Les professionnel.le.s accueillent les enfants avec compétence, sensibilité, affection, et respect.

Pour remplir cette mission, les professionnel.le.s bénéficient de formations, initiales et continues, qui prennent en compte le dernier état des connaissances en matière de développement de l'enfant, en s'inspirant des avancées de la recherche, de l'expérience des métiers, et en intégrant les exigences liées à la reconnaissance de l'enfant et de ses droits fondamentaux. Ces formations permettent d'établir des passerelles entre les diplômes, de garantir les progressions de carrière et de développer une culture commune à toutes les personnes intervenant auprès des enfants, ou œuvrant pour l'organisation de leur mode d'accueil.

La France est un pays pionnier de l'accueil des jeunes enfants. Si le système qu'elle a mis en place constitue une référence internationale, il est marqué, du fait de sa longue histoire, par une grande diversité des modes d'accueil, des profils de professionnel.le.s spécialisé.e.s, et des références scientifiques d'appui. Le gouvernement a l'ambition de poursuivre la structuration du secteur de la petite enfance, de contribuer à la formation d'une identité commune à l'ensemble des professionnel.le.s qui s'y impliquent et de définir des objectifs et principes communs à l'ensemble des acteurs du domaine.

Le texte-cadre national pour l'accueil des jeunes enfants constitue une référence pour les professionnel.le.s de l'accueil individuel et collectif, les gestionnaires de structures, les formateurs, les services chargés de l'agrément et du contrôle des différents modes d'accueil, qui ont pour priorité le développement, l'épanouissement et le respect des droits des enfants, en relation avec leurs familles.

Ce texte-cadre expose les principes que la France adopte, en vue de garantir les meilleures conditions d'accueil à ses très jeunes citoyens. En prenant en compte les besoins fondamentaux des tout-petits, il reformule les pratiques professionnelles à partir du point de vue de l'intérêt supérieur de l'enfant, et explicite la manière dont le monde de la petite enfance peut poser les bases nécessaires à un développement complet et harmonieux, respectueux des droits, des besoins et de la singularité de chaque petite fille et de chaque petit garçon.



DIX PRINCIPES POUR ACCUEILLIR LES JEUNES ENFANTS ET LEURS FAMILLES, DE LA NAISSANCE À TROIS ANS

1. L'accueil du jeune enfant doit répondre aux spécificités de sa situation.

« Pour grandir sereinement, j'ai besoin que l'on m'accueille quelle que soit ma situation et celle de ma famille. »

Le jeune enfant, comme tout enfant, est reconnu comme sujet, citoyen et personne de droit. La France garantit les droits énoncés par la Convention internationale des droits de l'enfant et prend systématiquement en considération l'intérêt supérieur de l'enfant. Accueillir les jeunes enfants, c'est faire à chacun d'eux une place dans notre société.

- **Tous les enfants ont besoin d'un environnement attentif qui prenne en compte leur singularité. Tout enfant doit pouvoir être accueilli quelle que soit sa situation ou celle de sa famille :** enfants de parents migrants et/ou allophones, enfants issus de familles en difficulté sociale, enfants placés judiciairement ou dont les parents font l'objet d'une procédure judiciaire, enfants de parents qui travaillent en horaires atypiques, ou qui ont tout simplement besoin de concilier leur vie professionnelle, leur vie familiale et leur vie sociale.
- **Les enfants qui ont des besoins spécifiques, notamment parce qu'ils sont en situation de handicap ou vivent avec une maladie chronique, participent autant que possible aux activités prévues avec tous les enfants, moyennant, le cas échéant, un aménagement ou un encadrement particulier.** Il peut, dans ces situations, être utile d'ajuster les modalités d'accueil de ces enfants, en combinant des temps en accueil collectif et des temps en accueil individuel.
- **Les professionnel.le.s sont invité.e.s à la neutralité philosophique, politique, religieuse, dans leurs activités avec les enfants et leurs contacts avec les familles.** Cette neutralité, constitutive de la posture professionnelle, garantit le respect de la liberté de conscience des enfants et de leurs parents, dans un esprit d'accueil fait d'écoute et de bienveillance, de dialogue et de respect mutuel, de coopération et de considération.

2. Un accueil de qualité doit respecter la spécificité du développement global et interactif du jeune enfant, dans une logique de prime éducation.

« J'avance à mon propre rythme et je développe toutes mes facultés en même temps : pour moi, tout est langage, corps, jeu, expérience. J'ai besoin que l'on me parle, de temps et d'espace pour jouer librement et pour exercer mes multiples capacités. »

Les professionnel.le.s de la petite enfance occupent un statut intermédiaire entre la famille et la société : présents dans l'intimité et le quotidien des enfants, ce sont des passeurs, qui aident l'enfant à se socialiser.

La prime éducation est nourrie des connaissances sur la richesse des capacités, mais aussi sur la vulnérabilité et la sensibilité qui caractérisent le jeune enfant. Elle consiste à soutenir, chez l'enfant, la mise en place de ses capacités propres de réflexion et d'action. Il s'agit de l'aider patiemment à prendre conscience de ce qu'il vit et fait, et à développer sa personnalité.

- **L'accueil de la petite enfance requiert une conception globale, attentionnée et non normative du développement du jeune enfant et de la parentalité.** Les projets d'accueil développés tant par les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) que par les assistant.e.s maternel.le.s et les salarié.e.s à domicile doivent s'en inspirer.
- **Pour le jeune enfant, tout est langage, corps, jeu, expérience.** Les dimensions physique, cognitive, affective et sociale de son développement sont indissociables et en interaction constante.
- **Chaque enfant se développe à son propre rythme.** Les premières années de la vie se caractérisent par des écarts de maturation entre les différentes sphères du développement, qui ne procède pas de façon linéaire ni par paliers, mais par vagues ; une acquisition se perd pour faire place à une nouvelle, puis reviendra sous une autre forme à un autre moment.
- **Le jeu spontané et l'activité sont sources d'éveil et d'autonomie.** Le jeu est un vecteur essentiel pour le développement de l'autorégulation, du langage et des compétences cognitives et sociales. En s'appuyant sur les intérêts des enfants et en privilégiant l'activité libre, le développement de l'enfant avant trois ans peut être envisagé autrement que sur le registre des stimulations éducatives programmées.
- **Il n'est pas recommandé de laisser un enfant de moins de trois ans devant un écran (smartphone, tablette, ordinateur, télévision) compte tenu des risques pour son développement.** L'enfant a besoin d'interagir avec son environnement, d'utiliser ses cinq sens et d'être en mouvement.

3. La relation entre l'enfant et tous les adultes qui l'entourent se construit en confiance et clarté.

« Je suis sensible à mon entourage proche et au monde qui s'offre à moi. Je me sens bien accueillie quand ma famille est bien accueillie, car mes parents constituent mon point d'origine et mon port d'attache. »

L'accueil d'un jeune enfant implique le travail avec sa famille. La qualité relationnelle et la coopération entre professionnel.le.s et parents, dans une approche **prévenante et non normative à l'égard des familles**, est un facteur d'épanouissement de l'enfant et de réassurance de ses parents. Ce travail suppose une posture professionnelle de non jugement, mais également une différenciation claire, pour l'enfant, entre liens parentaux et liens professionnels. Ceci exige un travail de réflexion, de supervision et d'apport de connaissances partagées entre les professionnel.le.s et avec les autres acteurs concernés.

Les familles et les professionnel.le.s s'enrichissent réciproquement en partageant leurs connaissances et leurs idées. L'accompagnement à la parentalité respecte les valeurs de chaque famille, leur diversité, sans injonction normative et sans remise en cause des droits de l'enfant. Ce partenariat nécessite des lieux et des temps de disponibilité pour les échanges entre professionnel.le.s et parents.

- **La définition claire des positions et des rôles différenciés entre parents et professionnel.le.s va de pair avec la convergence entre le projet éducatif parental et le projet d'accueil professionnel souhaité.** Le dialogue et des actions communes permettent de tisser une relation confiante, sur laquelle les enfants structurent et élargissent leurs repères d'identité.
- **Dans un esprit de participation, qui exclut les logiques de consommateurs et de clients, les parents doivent trouver leur place dans les instances décisionnelles des modes d'accueil,** notamment en participant aux conseils de crèches et aux conseils d'administration des structures gestionnaires d'établissements d'accueil.
- **L'usage des outils de communication à distance,** en particulier les webcams, freine la mise en place des processus de séparation et d'individualisation des enfants et des parents, qui permettent que le tout-petit puisse avancer vers son autonomie.
- **Les partenaires locaux participent au dynamisme du mode d'accueil.** Celui-ci s'inscrit dans un environnement donné : quartier, village, écoles, maisons de retraite, tissu associatif, complexes sportifs, espaces naturels, activités et ressources locales. Les professionnel.le.s sont invité.e.s à créer des partenariats avec les associations ou équipements publics du territoire pour donner corps à cette inscription dans une vie commune et partagée.

4. Un encadrement bienveillant, sécurisant, pluriel, ludique et ouvert sur le monde favorise la confiance en soi, en les autres et en l'avenir.

« Pour me sentir bien et avoir confiance en moi, j'ai besoin de professionnel.le.s qui encouragent avec bienveillance mon désir d'apprendre, de me socialiser et de découvrir. »

Le jeune enfant naît dépendant mais pas impuissant. Il a des capacités d'imitation, d'empathie et de communication, est armé de ses cinq sens et mû par une vitalité découvreuse, qui en font d'emblée un partenaire de relation, de langage et d'observation. Les modes d'accueil se fondent sur ces aptitudes pour aider l'enfant à élargir sa palette affective, culturelle, sociale et intellectuelle. Ils offrent aux enfants des relations et un environnement riche, mais sans sur-stimulation d'une sphère au détriment d'une autre.

- **Accueillir un jeune enfant dans sa singularité exige de prendre en compte son vécu néonatal et familial.**
- **Chaque enfant a besoin d'être entouré avec précaution, bien-traitance et attention prévenante.** La qualité humaine et professionnelle, le type d'organisation des modes d'accueil ont, en eux-mêmes, des effets de prévention médicale, sociale et psychologique.
- **Les enfants s'épanouissent dans la continuité et la fiabilité de leur environnement.** Le respect des rythmes de l'enfant et de son besoin d'attachement affectif, de stabilité des liens, des lieux et des temps est une priorité devant laquelle les logiques administratives et gestionnaires doivent s'ajuster.
- **S'adresser à l'enfant de manière personnalisée et encourageante participe au développement de son indépendance et de sa confiance en lui et envers autrui.** Lorsque les enfants ressentent de la confiance, de l'amour et du respect, ils se sentent plus forts.
- **L'enfant est acteur de son développement. Les modes d'accueil sont ludiques et ouverts sur le monde.** Ils offrent à l'enfant les moyens de faire et de connaître par lui-même, et encouragent sa vitalité découvreuse, son désir d'apprendre et d'être en société. Pour cela, l'organisation et les équipements d'accueil doivent laisser place aux initiatives des enfants et des adultes. Ils doivent être suffisamment créatifs et évolutifs d'une part pour s'ajuster au développement, aux capacités et aux goûts des enfants, d'autre part pour favoriser l'originalité et l'évolution du projet de travail des professionnel.le.s. et des structures.

- **Chez le jeune enfant, le corps est le médium privilégié** pour établir des liens qui sécurisent, pour jouer, s'exprimer, apprendre et se faire des amis. Les modes d'accueil des jeunes enfants doivent donc accorder une attention particulière à la délicatesse des soins, à l'écoute de l'enfant, à la liberté des mouvements, à la variété des objets et matières à manipuler et aux découvertes multi-sensorielles.
- **Les jeunes enfants naissent avec une appétence et des capacités de relation et de communication.** Spontanément les professionnel.le.s de la petite enfance accompagnent de paroles le quotidien des enfants. La communication avec et entre les enfants est multiforme. Mais le langage n'est pas qu'un instrument de communication. La musique, les chants, les jeux rythmés et surtout s'adresser à un enfant, et pas seulement au groupe, lui permettent d'entrer dans le langage parlé. Les enfants accueillis doivent pouvoir entrer en conversation ou dans un jeu de langage à plusieurs sans être dérangés. Organiser des moments en petits groupes, faire sentir à l'enfant qu'on s'intéresse à ce qu'il va exprimer soutient son désir et son plaisir de parler.

5. L'art, la culture et les échanges interculturels permettent à l'enfant de construire sa place dans un monde qu'il découvre.

« Je développe ma créativité et j'éveille mes sens grâce aux expériences artistiques et culturelles. Je m'ouvre au monde par la richesse des échanges interculturels. »

Dès le premier âge, les petites filles et les petits garçons sont d'emblée attirés par le visage humain, la musique, la danse, le mouvement, les images, les livres.

L'art et la culture permettent à l'enfant de construire sa sensibilité, sa liberté intérieure, son expression personnelle et son rapport au monde. Les modes d'accueil réaffirment le droit du jeune enfant d'accéder au patrimoine culturel, à la création et à l'expérience artistiques, qui contribuent et contribueront au libre et plein développement de son identité.

- **La rencontre avec des œuvres et des artistes, la pratique vivante des activités culturelles, la découverte du livre, des instruments de musique et d'arts plastiques, l'émotion esthétique doivent faire partie du quotidien des enfants dans les modes d'accueil.**
- **Les modes d'accueil doivent s'ouvrir** à la présence d'artistes, aux apports des talents des familles, aux opportunités locales, aussi bien dans l'organisation de l'accueil au quotidien que lors de moments exceptionnels ou festifs. Les approches culturelles et artistiques, la recherche d'un cadre esthétique, doivent être intégrées à la formation des professionnels.
- **L'ouverture au monde passe également par la rencontre avec des langages**, des gestes, des mots et des chansons d'autres cultures, qui élargissent l'horizon d'expérience sensorielle du jeune enfant, et l'initient à la richesse de la diversité humaine.

6. La nature joue un rôle essentiel pour l'épanouissement des enfants.

« Le contact réel avec la nature est essentiel à mon développement. »

Le jeune enfant prend connaissance du monde par sa sensibilité, où sont liés le corporel, le cognitif, l'affectif, l'émotionnel et le social. Etre au contact de la nature, c'est apprendre à la connaître, à l'aimer et à la respecter.

- **Les espaces naturels constituent d'excellents outils pédagogiques.** Ils offrent de multiples sources de jeux, de découvertes et d'apprentissage en invitant les enfants à manipuler, partager, tâtonner et explorer.
- **La sensibilisation des enfants à la richesse et à la beauté de leur environnement naturel commence très tôt.** Le contact avec les minéraux, les végétaux et les animaux est indispensable à leur épanouissement. Accompagner leur exploration et leur observation, leurs sensations des phénomènes naturels, des rythmes et des saisons, les aide à construire leur conscience du temps, de l'espace, et du vivant dans sa globalité.

7. La lutte contre les stéréotypes sexistes est un enjeu essentiel dès la prime enfance.

« Fille ou garçon, j'ai besoin que l'on me valorise pour mes qualités personnelles, en dehors de tout stéréotype. Il en va de même pour les professionnel.le.s qui m'accompagnent. C'est aussi grâce à ces femmes et ces hommes que je construis mon identité. »

Les jeunes enfants observent celles et ceux qui prennent soin d'eux. Ils voient aujourd'hui l'omniprésence des femmes dans les modes d'accueil. Il existe par ailleurs une asymétrie des attitudes professionnelles dans les soins, jeux et activités entre les deux sexes. Les enfants remarquent qu'on les considère différemment selon qu'ils sont une petite fille ou un petit garçon. Ainsi, ils intériorisent très tôt les stéréotypes de genre et la division sexuée des rôles sociaux.

- L'attention des professionnel.le.s à **ne pas transmettre de manière précoce des stéréotypes de comportement** liés au sexe de l'enfant va de pair avec l'accompagnement de la prise de conscience des jeunes enfants de leur identité de petite fille et de petit garçon et la fierté qu'ils en tirent.
- **Les enfants ont besoin d'être valorisés pour leurs compétences personnelles et non en fonction des rôles habituellement attribués à chaque genre.** Il est nécessaire de veiller à ce que les petites filles et les petits garçons soient encouragé.e.s de la même manière à aller vers les activités qui suscitent leur intérêt, sans être freiné.e.s. L'observation et le questionnement des attitudes de socialisation différenciée des filles et des garçons sont intégrés à la formation des professionnel.le.s.
- **La mixité des personnels dans l'accueil, l'éducation et le soin des enfants quel que soit leur âge est un facteur d'égalité entre les deux sexes,** car elle offre aux enfants des modèles et des relations socialement plus riches dans un monde constitué d'hommes et de femmes. Elle doit être encouragée à tous niveaux, dans l'orientation scolaire et professionnelle, la formation, le recrutement.

8. Les modes d'accueil doivent offrir un environnement sain, garantissant tant la sécurité de l'enfant que les conditions de déploiement de son éveil.

« J'ai besoin d'évoluer dans un environnement beau, sain et propice à mon éveil. »

Une organisation souple et bien conçue des espaces doit permettre la mise en œuvre d'activités créatives et riches, ainsi que des temps de rêverie et, autant que possible, de jeux, de sorties en extérieur et dans la nature.

- **Les normes relatives aux EAJE doivent être appliquées avec discernement, toujours en vue du bien-être et du bon développement de l'enfant.** Elles posent un ensemble d'objectifs dont l'atteinte effective compte plus que les moyens d'y parvenir, lesquels doivent être évalués en tenant compte du contexte et de la configuration de chaque lieu d'accueil.
- **Les enfants sont plus vulnérables que les adultes car leur système immunitaire n'est que partiellement développé.** Garantir un environnement sain pour l'enfant, c'est veiller à la propreté des équipements et à la bonne qualité de l'air intérieur. Les professionnel.le.s pourront également veiller à proscrire l'usage des téléphones portables à proximité des enfants, à limiter l'usage de matériaux potentiellement nocifs et polluants et l'émission, dans les pièces d'accueil, d'ondes électromagnétiques dont les effets sont encore mal connus. La **Loi n° 2015-136 du 9 février 2015** interdit l'installation d'un équipement terminal fixe équipé d'un accès sans fil à internet dans les espaces dédiés à l'accueil, au repos et aux activités des enfants dans les établissements d'accueil des moins de six ans.

9. Des modes d'accueil participatifs, évolutifs, et bien-traitants, pour accompagner l'intelligence en mouvement des enfants.

« Pour que je sois bien traité.e, il est nécessaire que les adultes qui m'entourent soient bien traités. Travailler auprès des tout-petits nécessite des temps pour réfléchir, se documenter et échanger entre collègues et avec d'autres intervenants. »

Le petit enfant suscite, chez les adultes qui s'occupent de lui, des émotions, des pensées positives ou négatives qui rejaillissent dans leur attitude, souvent à leur insu. La nature et la puissance de ces réactions sont différentes selon la place, la fonction et le rôle occupés vis à vis des enfants. Il est essentiel d'en avoir conscience, d'en parler, d'y réfléchir entre professionnel.le.s pour réajuster sa pratique. C'est pourquoi des temps systématisés et réguliers de réflexion et d'observation partagées doivent permettre d'analyser collectivement les pratiques.

La réflexivité entre professionnel.le.s, la pluridisciplinarité, la supervision des pratiques sont des outils qui nourrissent leur capacité de création, de changement et d'innovation et qui soutiennent la motivation et l'intérêt du travail avec les enfants et leurs familles.

- **Les lieux d'accueil pour les jeunes enfants requièrent une intelligence professionnelle collective.** Les savoir-faire et les savoirs académiques sur le jeune enfant doivent se nourrir mutuellement. Les rapprochements entre la recherche et les modes d'accueil, l'accès aux connaissances, doivent s'intégrer au projet d'accueil.
- **L'élaboration du projet d'accueil**, y compris pour l'accueil individuel, vise le bien-être des enfants accueillis, de leurs familles et des professionnel.le.s. Sa conception collective et concertée est la condition de son partage et de sa mise en œuvre dynamique. Ce projet d'accueil favorise l'expression et l'initiative des enfants, ainsi que leur participation.
- **L'enfant est tributaire du climat émotionnel.** S'occuper de jeunes enfants est passionnant, utile mais source de fatigue et de tensions. Les professionnel.le.s s'impliquent dans leur travail avec leur sensibilité et leur corps, ce qui peut les fragiliser et engendrer épuisements et souffrances professionnelles. La qualité humaine des relations de travail, le type d'organisation, l'aménagement des espaces réservés au personnel, l'ergonomie des équipements contribuent à la prévention des risques professionnels et au bien-être.
- Il est recommandé, **en cas de souffrance au travail, de faire appel à un tiers extérieur hors hiérarchie**, pour élucider et dénouer les interactions complexes à l'œuvre entre les professionnel.le.s, les jeunes enfants et les familles.

- L'enfant doit être protégé et respecté dans son intégrité. L'usage de la violence, physique, verbale ou psychologique, n'est pas une méthode éducative et a des conséquences sur le développement de l'enfant. **Tout.e professionnel.le s'interdit, dans sa pratique, de recourir à la violence et aux humiliations.**
- Les professionnel.le.s doivent connaître leur environnement institutionnel et juridique pour **prévenir, détecter, signaler les cas de négligence et de violences faite aux enfants**, qu'elles soient familiales ou professionnelles. Leur employeur doit garantir les conditions de recueil de leur parole et de celle des enfants. Il doit, le cas échéant, permettre la remise en question des pratiques qui posent problème.

10. Des professionnel.le.s qualifié.e.s et en nombre suffisant sont la garantie première d'un accueil de qualité.

« J'ai besoin que les personnes qui prennent soin de moi soient bien formées et s'intéressent aux spécificités de mon très jeune âge et de ma situation d'enfant qui leur est confié par mon ou mes parents. »

L'enjeu crucial que représente l'accueil du jeune enfant exige que les métiers qui y concourent soient qualifiés et offrent des perspectives de carrière attractives. Des professionnel.le.s suffisamment nombreux.ses, compétent.e.s et motivé.e.s forment la base sur laquelle l'ensemble du monde de la petite enfance repose.

- **Toutes et tous les professionnel.le.s de l'accueil collectif et individuel doivent avoir accès à une formation initiale professionnalisante et à la formation continue** pour acquérir les connaissances sur le développement du jeune enfant, suivre l'évolution des connaissances et des pratiques dans leur domaine, se perfectionner et progresser tout au long de leur carrière.
- **Une base de connaissances communes consacrée au développement du jeune enfant** dans la formation initiale, et des formations continues transverses à l'ensemble des professionnel.le.s de l'accueil individuel comme de l'accueil collectif, forment leur identité commune.
- **Les professionnel.le.s, dans leur formation,** sont sensibilisé.e.s aux actions de promotion de l'égalité entre les filles et les garçons, à l'implication égale des deux parents, au repérage et au traitement des situations de violences faites aux enfants et aux femmes, aux droits de l'enfant et à l'éveil artistique et culturel.
- **Les pratiques professionnelles et les contenus des formations s'inspirent du dernier état de la connaissance** sur les particularités du développement du jeune enfant et de ses relations avec le monde qui l'entoure, mais aussi sur la parentalité et les évolutions familiales ou sociétales.





Ministère des Familles, de
l'Enfance et des Droits des
femmes

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.12

Frais de garde durant la formation obligatoire des
Assistants(es) Maternels(les) et Familiaux(les).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE
RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.12

Frais de garde durant la formation obligatoire des
Assistants(es) Maternels(les) et Familiaux(les).

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DECIDE de dédommager les Assistants(es) Maternels(les) agréés(es) qui assurent ponctuellement la garde d'enfants pendant la formation obligatoire des Assistants(es) Maternels(les) et Familiaux(les) à qui ces enfants sont habituellement confiés.

Le tarif est fixé à 14 € pour une demi-journée et 28 € pour une journée de garde à compter du 1^{er} janvier 2020. Le versement s'effectue sur présentation d'un état signé par l'Assistant(e) Maternel(le) « remplaçant(e) », qui précise les journées de garde, le nom de l'enfant et qui est visé par les parents.

Les frais seront imputés sur le chapitre 934, article fonctionnel 411, nature 65212 et sur le chapitre 934, article fonctionnel 4213, nature 652418.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.13

Organisation d'une mission à SARRION en Espagne du 12 au 15 décembre 2019.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.13

Organisation d'une mission à SARRION en Espagne du 12 au 15 décembre 2019.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU les délibérations du Conseil départemental n° 19-76 du 8 février 2019 et n° 19-205 du 25 juin 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

CONSIDERE l'essor du modèle économique de SARRION en Espagne lié au développement et à la structuration de la Filière trufficole comme un modèle d'étude et d'intérêt pour le devenir de la trufficulture en Dordogne,

VALIDE l'organisation d'une mission d'échange, de coopération et d'étude sur l'organisation de la Filière trufficole à SARRION dans la région d'Aragon, province de Teruel en Espagne du 12 au 15 décembre 2019.

VALIDE la composition de la délégation dans laquelle figurent des Représentants du Conseil départemental de la Dordogne, de la Fédération régionale et départementale des Trufficulteurs et de Sénateurs membres du groupe d'étude « Cultures traditionnelles » au Sénat comme suit :

Pour le Conseil départemental de la Dordogne :

M. Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental, un représentant de la Direction Générale Adjointe, un représentant du Service des Politiques Territoriales et Européennes et un chauffeur.

Pour les Fédérations des Trufficulteurs (Région et Département) :

M. Alain KLEMENIUK (Président de la Fédération départementale des Trufficulteurs de Dordogne), M. François THEBAULT (Président de la Fédération régionale des Trufficulteurs), M. Jean-Marie PECHMAJOU et M. Yves MOREAU.

Pour les Sénateurs membres du Groupe « Cultures Traditionnelles » :

M. Claude BERIT-DEBAT, Sénateur de la Dordogne (Président du Groupe Sénat « Cultures Traditionnelles), son épouse et M. Daniel LAURENT, Sénateur de Charente-Maritime (Vice-président du Groupe Sénat « Cultures Traditionnelles »).

CONFIE l'organisation de cette mission au Service des Politiques Territoriales et Européennes, lequel assurera la mise en œuvre opérationnelle de la mission (réservations, contacts, programme, traduction) pour chacun des participants, en partenariat avec la Fédération Régionale et Départementale des Trufficulteurs.

VALIDE le principe de prise en charge financière des frais afférents liés à la mission différenciée pour chacune des parties associées et AUTORISE le Conseil départemental de la Dordogne à prendre en charge les frais inhérents à la mise en œuvre de cette mission (déplacements, hébergement et frais de restauration) du 12 au 15 décembre 2019, uniquement pour l'ensemble des membres représentant le Conseil départemental de la Dordogne, (voir composition supra), et à l'exception des frais de déplacements de l'ensemble de la délégation in situ, notamment pour la location d'un véhicule commun.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental dans le cadre de l'organisation de cette mission à prendre en charge les frais inhérents à l'organisation d'un déjeuner d'invitation des partenaires de SARRION (Représentants des trufficulteurs et Élus locaux) durant le séjour.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.14

Soutien aux initiatives locales en matière de solidarité
et de mobilité des jeunes à l'international.

Attribution de subvention et intervention de conventions.

Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.19 du 13 mai 2019.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Sylvie CHEVALLIER	pouvoir à	Corinne DE ALMEIDA
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Dominique BOUSQUET, Joëlle HUTH, Elisabeth MARTY

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 28

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 3

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.14

Soutien aux initiatives locales en matière de solidarité
et de mobilité des jeunes à l'international.

Attribution de subvention et intervention de conventions.

Modification de la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.19 du 13 mai 2019.

Section : FONCTIONNEMENT	DEPENSES
Imputation : 930 / 048 / 65748 / 0 / 0 /	
Crédits de paiement votés	: 35 000,00€
Décision : Engagement CP N° : 2019 165330 1	: 500,00€
Crédits de paiement disponibles après la Com. Perm ^{te} .	: 20 700,00€

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération du Conseil départemental n° 19-70 du 8 février 2019,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.19 du 13 mai 2019,

VU la délibération du Conseil départemental n° 19-204 du 25 juin 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

ALLOUE sur les crédits de paiement du chapitre 930, article fonctionnel 048, nature 65748,
la subvention suivante pour un montant de 500 € :

Bénéficiaire	Numéro Dossier	Nature de l'opération	Subvention allouée (€)
Association LAXMI Dordogne – SAINT-MICHEL-DE-VILLADEIX	EX006759	Journées de l'Inde à BERGERAC du 15 au 17 novembre 2019 (Cf. convention en annexe I au projet de délibération)	500

MODIFIE sa délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.19 du 13 mai 2019 comme suit :

La subvention d'un montant de 17.900 € attribuée à l'Association SEM&VOL – Délégation de Solidarités Jeunesses (LE BUISSON-DE-CADOUIN), sur les crédits de paiement du chapitre 930, article fonctionnel 048, nature 65748, est réduite à 13.400 € (annulation de 3 chantiers internationaux de jeunes bénévoles - Dossier EX007521).

ANNULE en conséquence la convention de partenariat entre le Département et SEM&VOL s'y rapportant.

Le reste de la délibération demeure sans changement.

APPROUVE les conventions ci-annexées (I et II) à intervenir, pour 2019, entre le Département de la Dordogne et les Associations précitées :

- Association LAXMI Dordogne – Annexe I,
- Association SEM&VOL – Annexe II.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe I à la délibération n° 19.CP.VIII.14 du 25 novembre 2019.

SOUTIEN A DES INITIATIVES LOCALES EN MATIERE DE SOLIDARITE INTERNATIONALE

CONVENTION DE PARTENARIAT AVEC L'ASSOCIATION LAXMI DORDOGNE

2019

Entre

Le Département de la Dordogne sis Hôtel du Département, 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, (SIRET : 222 400 012 00019), représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu d'une délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après désigné « le Département »,
D'une part,

Et

L'Association LAXMI Dordogne sise Le Comballet - 24380 SAINT-MICHEL-DE-VILLADEIX, régulièrement déclarée en Préfecture sous le n° W243004205, (SIRET n° 799 294 764 00011), représentée par sa Présidente Mme Radha Devi Seerojeene PATAT,

Ci-après désignée « l'Association »,
D'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention de partenariat entre le Département de la Dordogne et l'Association LAXMI a pour objet de soutenir une initiative de Solidarité internationale en Inde et de promotion de la Culture indienne en Dordogne.

Cette Association située à SAINT-MICHEL-DE-VILLADEIX (24380) promeut la culture indienne en Dordogne et soutient la scolarisation de jeunes enfants en Inde (frais scolaires, médicaux, habillement, réhabilitation des bâtiments des écoles...).

Elle organise également en Dordogne plusieurs manifestations culturelles et festivals destinés à faire connaître la culture indienne (danse, gastronomie, ateliers divers...) et à recueillir des fonds pour financer les actions de Solidarité internationale ainsi que des échanges et partages entre écoles de Dordogne et d'Inde.

Pour 2019, les Journées de l'Inde à BERGERAC (24100) auront lieu du 15 au 17 novembre et sont destinées principalement à financer la scolarisation de plus de 2.000 enfants de 5 écoles en Inde du Nord et du Sud.

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la politique du Département en matière de Solidarité internationale et répond en cela à plusieurs objectifs :

- Inciter les acteurs de la Solidarité internationale à développer une approche partenariale et durable.
- Contribuer au dynamisme de la Société civile et à son ouverture vers le monde.
- Favoriser la compréhension mutuelle des peuples et développer la Solidarité internationale par le biais de l'éducation et de la formation.

A cet effet, L'Association s'engage à produire des documents d'information et des comptes rendus témoignant des actions engagées.

ARTICLE 2 : Durée

La présente convention est conclue pour l'année 2019, et s'applique jusqu'au 31 décembre 2019.

Elle ne pourra pas faire l'objet d'une tacite reconduction.

ARTICLE 3 : Budget prévisionnel

Le Département de la Dordogne prend acte du budget prévisionnel pour 2019 établi par l'Association au titre de l'organisation des Journées de l'Inde à BERGERAC arrêté à 7.350 €, ainsi que du montant du concours départemental sollicité à hauteur de 2.000 €.

ARTICLE 4 : Montant de la subvention

Le Département de la Dordogne alloue, par délibération n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019, une subvention de 500 € au titre de l'organisation des Journées de l'Inde à BERGERAC à condition que l'Association respecte l'ensemble des clauses de la présente convention et sous réserve de l'inscription des crédits de paiement correspondants.

ARTICLE 5 : Modalités de versement

Le règlement de la subvention s'effectuera par mandat administratif à compter de la notification de la présente convention et après transmission au Département du Bilan compte de résultat annexe du dernier Exercice réalisé (2018), daté et certifié exact par la Présidente, ou le Commissaire aux comptes, faisant apparaître le détail des subventions publiques obtenues.

ARTICLE 6 : Contrôles du Département

6.1 : contrôle administratif et financier

L'Association s'engage à fournir un Bilan compte de résultat annexe certifié par la Présidente, ou le Commissaire aux comptes, faisant apparaître le détail de l'ensemble des subventions perçues par l'Association dans les six mois de la clôture des comptes.

En outre, il est demandé à l'Association de produire le Compte rendu financier de la manifestation pour laquelle la présente subvention est allouée dans les six mois maximum suivant la fin de l'action.

L'Association s'engage à désigner un Commissaire aux comptes qui ne peut en aucun cas être son Expert-comptable, si le total des aides publiques qu'elle a reçu est supérieur à 153.000 €.

6.2 : autre contrôle

L'Association s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par le Département de la réalisation des objectifs et de l'utilisation des subventions reçues, notamment par l'accès à toute pièce justificative ou tout autre document dont la production serait indispensable.

Le cas échéant, une visite de contrôle de la réalisation du projet pourra être effectuée par les Services départementaux.

ARTICLE 7 : Publicité de la subvention

L'Association s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département de la Dordogne dans toutes ses actions de communication engagées, en particulier en faisant figurer le logo du Département sur les affiches, dépliants, programmes et site Internet de l'Association.

Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Elle s'engage également à :

- participer aux côtés du Département aux nombreuses actions menées en Dordogne afin d'informer et de sensibiliser la population aux Programmes de solidarité internationale : (Programme de Coopération décentralisée, Festival des Solidarités, colloques, débats, conférence de presse, etc.),
- informer les services concernés du Département des différentes manifestations, campagnes, etc. qu'elle organise.

ARTICLE 8 : Obligation d'information du Département

En vue de l'évaluation des résultats de l'opération, l'Association s'engage à répondre aux demandes d'informations souhaitées par le Département de la Dordogne et à prévenir ce dernier de tout événement d'importance, relatif à sa situation, susceptible de venir altérer l'économie de la présente convention et de remettre en cause l'aide financière du Département de la Dordogne, et notamment en cas de difficultés financières ou de mise en redressement judiciaire.

En outre, en cas de changement de statut ou d'objet social de l'Association, celle-ci doit informer, sans délais, le Département.

La convention cessera immédiatement d'avoir effet en cas de dissolution ou de changement de statut de l'Association.

ARTICLE 9 : Assurance - responsabilité

L'Association conserve l'entière responsabilité du fonctionnement de ses activités, des personnels et bénévoles concourant à la réalisation de ses actions. Elle s'engage à souscrire toutes les polices d'assurances nécessaires pour garantir sa responsabilité civile notamment.

La responsabilité du Département ne pourra en aucun cas être recherchée.

ARTICLE 10 : Impôts – taxes – dettes – respect des réglementations

L'Association fait son affaire personnelle de tous les impôts, taxes, cotisations et redevances de quelque nature qu'ils soient. Il en est de même pour toute dette ou engagement pouvant avoir des conséquences financières.

Elle s'engage, en outre, à être en règle avec les Services de l'URSSAF et les Services fiscaux concernés par son activité.

La responsabilité du Département ne pourra en aucun cas être recherchée.

ARTICLE 11 : Avenant

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant.

Toute demande d'avenant devra faire l'objet d'un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause, et toutes les conséquences qu'elle emporte.

L'avenant précise les éléments modifiés de la convention, sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

ARTICLE 12 : Restitution de la subvention

Nonobstant les dispositions de l'article 13 (clauses de résiliation), s'il apparaît au terme des opérations de contrôle financier que la subvention a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département de la Dordogne se réserve le droit le cas échéant, et après avoir entendu l'Association, de mettre fin à l'aide accordée et d'exiger le reversement des sommes perçues assorties d'intérêts au taux légal à compter de la date de réception des fonds par l'Association bénéficiaire.

Le reversement total ou partiel de la subvention ou l'interruption de son versement peut être décidé à la demande de l'Association lorsque celle-ci ne souhaite pas poursuivre le programme et sollicite la résiliation de la convention.

Le reversement est effectué par l'Association après réception du titre de recette émis par M. le Payeur départemental dans les délais légaux impartis.

ARTICLE 13 : Résiliation de la convention

Le Département pourra résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de tout ou partie de la subvention versée en cas de non-respect par l'Association de ses engagements contractuels, de faute grave de sa part et après une mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'Association en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 14 : Règlement des litiges

En cas de litige résultant de l'exécution de la présente convention, les parties décident de rechercher un règlement amiable préalablement à tout recours contentieux.

Les litiges susceptibles de naître à l'occasion de la présente convention relèvent de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

Fait à Périgueux, en deux exemplaires originaux, le

Pour le Département de la Dordogne,
le Président du Conseil départemental,

Pour l'Association LAXMI Dordogne,
la Présidente,

Germinal PEIRO

Radha Devi Seerojeenee PATAT

Annexe II à la délibération n° 19.CP.VIII.14 du 25 novembre 2019.

**SOUTIEN A L'ORGANISATION DE CHANTIERS INTERNATIONAUX DE JEUNES
CONVENTION DE PARTENARIAT AVEC L'ASSOCIATION « SEM&VOL »**

Entre

Le Département de la Dordogne sis Hôtel du Département, 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, (SIRET : 222 400 012 00019), représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu d'une délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019,

Ci-après désigné « le Département »,
D'une part,

Et

L'Association SEM&VOL, Délégation de Solidarités Jeunesses sise 6 bis, rue Saint-Suaire - 24480 LE BUISSON-DE-CADOUIN, régulièrement déclarée en Préfecture sous le n° W244002377, (SIRET n° 822 677 589 00019), représentée par son Président, M. Mathieu CHEDEVILLE, conformément à la décision de son Conseil d'administration du 9 mars 2019,

Ci-après désignée « l'Association »,
D'autre part,

Et

Les Maires des Communes suivantes : COLY-SAINT-AMAND, ISSIGEAC, LA ROCHE-CHALAIS, LES EYZIES-DE-TAYAC-SIREUIL.

PREAMBULE

L'activité de l'Association Solidarités Jeunesses se développe au national dans les domaines des chantiers internationaux, du volontariat, des projets de mobilité et de solidarité et des formations.
Une antenne départementale, SEM&VOL a installé son siège social à CADOUIN.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1^{er} : Objet de la convention

La présente convention de partenariat entre le Département de la Dordogne, l'Association SEM&VOL et les 4 Communes précitées a pour objet de décrire les obligations respectives des Parties en ce qui concerne la mise en œuvre de 8 chantiers internationaux de restauration du patrimoine et de protection de l'environnement en Dordogne, de 2 ou 3 semaines de juin à octobre, mobilisant chacun une douzaine de jeunes bénévoles européens de plus de 18 ans et encadrants, ainsi que de 2 mini chantiers, mobilisant entre 5 et 20 jeunes bénévoles de 15 à 17 ans.

Il s'agit d'organiser 8 chantiers internationaux de jeunes en Dordogne, en lien avec les Communes et Associations locales :

*Commune de COLY-SAINT-AMAND : du 10/07 au 24/07/2019 : mise en valeur des ruines du Château Abbatial de Coly et de murets en terrasse à Saint-Amand.

- du 27/07 au 10/08/2019 : mise en valeur des ruines du Château Abbatial de Coly et de murets en terrasse à Saint-Amand.

- du 14/08 au 28/08/2019 : mise en valeur des ruines du Château Abbatial de Coly et de murets en terrasse à Saint-Amand.

- en août : mur en pierre sèche à Coly-Saint-Amand.

- en octobre : chantier sur le Château Abbatial à Coly-Saint-Amand.

*Commune d'ISSIGEAC : du 6/07 au 27/07/2019 : revalorisation patrimoine environnemental.

*Commune de LA ROCHE-CHALAIS : du 15/06 au 6/07/2019 : aménagement des berges de la Dronne.

*Commune de LES-EYZIES-DE-TAYAC : du 13/07 au 3/08/2019 : travaux de remise en valeur de l'ancien moulin.

Ainsi que des actions de mini chantiers, petits travaux d'aménagements intérieurs et extérieurs. Ces actions se feront de mi-mars jusqu'à fin juin, sur la Communauté de communes de la Vallée de l'Homme (Les Eyzies-de-Tayac, Montignac, Saint-Chamassy et Limeuil), et de même, sur le Pays de Saint-Aulaye (La Roche-Chalais et Allemans), de fin mars à fin octobre.

Ces actions permettront de promouvoir les échanges, la rencontre de jeunes d'horizons différents et l'ouverture à la diversité avec une participation de jeunes périgourdins. Des activités et des animations seront également proposées pendant la durée du chantier, orientées vers la découverte du territoire et de sa population, ainsi que la notion de citoyenneté européenne au travers notamment du principe de chantier international et du dispositif, tout en intégrant la vie locale des communes.

ARTICLE 2 : Durée

La présente convention est conclue pour l'année 2019, et s'applique jusqu'au 31 décembre 2019.

Elle ne pourra pas faire l'objet d'une tacite reconduction.

ARTICLE 3 : Budget prévisionnel

Le Département de la Dordogne prend acte du budget prévisionnel pour 2019 établi par l'Association au titre des chantiers internationaux de jeunes ainsi que du montant du concours départemental sollicité à hauteur de 13.400 € (soit 1.500 € par chantier et 700 € par mini-chantier).

ARTICLE 4 : Montant de la subvention

Le Département de la Dordogne alloue, par délibération n° 19.CP.VIII. du 25 novembre 2019, une subvention de 13.400 € à l'Association SEM&VOL au titre des chantiers internationaux de jeunes à condition que l'Association respecte l'ensemble des clauses de la présente convention et sous réserve de l'inscription des crédits de paiement correspondants.

L'aide versée par le Département de la Dordogne consiste d'une part à appuyer et accompagner l'Association SEM&VOL et de minimiser le coût de l'opération pour la Collectivité qui accueille les chantiers. Ainsi et sur un coût total d'environ 18.000 € par chantier et d'environ 7.500 € par mini chantier, la contribution départementale ajoutée aux diverses subventions (Etat, Région et Commune...), permet de réduire la contribution communale.

ARTICLE 5 : Modalités de versement

Le règlement de la subvention s'effectuera par mandat administratif à compter de la notification de la présente convention et après transmission au Département du Bilan compte de résultat annexe du dernier Exercice réalisé (2018), daté et certifié exact par le Président, ou le Commissaire aux comptes, faisant apparaître le détail des subventions publiques obtenues.

ARTICLE 6 : Engagements de l'Association et des 4 Communes organisatrices

L'Association SEM&VOL et les Communes s'engagent à :

- à encadrer ces chantiers internationaux,
- à produire des documents d'information à la fin des chantiers internationaux, (Rapport d'évaluation),
- à organiser durant la durée des chantiers, des animations et des activités permettant les échanges entre jeunes périgourdiens et jeunes européens participant au chantier,
- à mobiliser la population locale (à promouvoir le chantier dans le Bulletin municipal, la radio locale...)
- à mobiliser les jeunes locaux afin de les inviter à participer au chantier (deux places sont réservées aux jeunes de la Commune).
- à programmer des visites du patrimoine historique de la Commune et des Communes alentours.
- à participer aux côtés du Département aux nombreuses actions menées en Dordogne afin d'informer et de sensibiliser la population aux programmes de solidarité internationale et de mobilité des jeunes (colloques, débats, conférence de presse, etc.).

ARTICLE 7 : Contrôles du Département

7.1 : contrôle administratif et financier

L'Association s'engage à fournir un Bilan compte de résultat annexe certifié par le Président, ou le Commissaire aux comptes, faisant apparaître le détail de l'ensemble des subventions perçues par l'Association dans les six mois de la clôture des comptes.

En outre, il est demandé à l'Association de produire le Compte rendu financier de l'action pour laquelle la présente subvention est allouée dans les six mois maximum suivant la fin de l'action.

L'Association s'engage à désigner un Commissaire aux comptes qui ne peut en aucun cas être son Expert-comptable, si le total des aides publiques qu'elle a reçu est supérieur à 153.000 €.

7.2 : autre contrôle

L'Association s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par le Département de la réalisation des objectifs et de l'utilisation des subventions reçues, notamment par l'accès à toute pièce justificative ou tout autre document dont la production serait indispensable.

Le cas échéant, une visite de contrôle de la réalisation du projet pourra être effectuée par les Services départementaux.

ARTICLE 8 : Publicité de la subvention

L'Association s'engage à faire mention du soutien apporté par le Département de la Dordogne dans toutes ses actions de communication engagées, en particulier en faisant figurer le logo du Département sur les affiches, dépliants, programmes et site Internet de l'Association.

Cette obligation vise à assurer une meilleure lisibilité pour les usagers de l'utilisation de l'argent public issu de la fiscalité départementale.

Elle s'engage également à :

- participer aux côtés du Département aux nombreuses actions menées en Dordogne afin d'informer et de sensibiliser la population aux Programmes de solidarité internationale : (Programme de Coopération décentralisée, Semaine de la Solidarité internationale, colloques, débats, conférence de presse, etc.),

- informer les services concernés du Département des différentes manifestations, campagnes, etc. qu'elle organise.

ARTICLE 9 : Obligation d'information du Département

En vue de l'évaluation des résultats de l'opération, l'Association s'engage à répondre aux demandes d'informations souhaitées par le Département de la Dordogne et à prévenir ce dernier de tout événement d'importance, relatif à sa situation, susceptible de venir altérer l'économie de la présente convention et de remettre en cause l'aide financière du Département de la Dordogne, et notamment en cas de difficultés financières ou de mise en redressement judiciaire.

En outre, en cas de changement de statut ou d'objet social de l'Association, celle-ci doit informer, sans délais, le Département.

La convention cessera immédiatement d'avoir effet en cas de dissolution ou de changement de statut de l'Association.

ARTICLE 10 : Assurance – responsabilité

L'Association conserve l'entière responsabilité du fonctionnement de ses activités, des personnels et bénévoles concourant à la réalisation de ses actions. Elle s'engage à souscrire toutes les polices d'assurances nécessaires pour garantir sa responsabilité civile notamment.

La responsabilité du Département ne pourra en aucun cas être recherchée.

ARTICLE 11 : Impôts – taxes – dettes – respect des réglementations

L'Association fait son affaire personnelle de tous les impôts, taxes, cotisations et redevances de quelque nature qu'ils soient. Il en est de même pour toute dette ou engagement pouvant avoir des conséquences financières.

Elle s'engage, en outre, à être en règle avec les Services de l'URSSAF et les Services fiscaux concernés par son activité.

La responsabilité du Département ne pourra en aucun cas être recherchée.

ARTICLE 12 : Avenant

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant.

Toute demande d'avenant devra faire l'objet d'un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception précisant l'objet de la modification, sa cause, et toutes les conséquences qu'elle emporte.

L'avenant précise les éléments modifiés de la convention, sans que ceux-ci puissent conduire à remettre en cause ses objectifs généraux.

ARTICLE 13 : Restitution de la subvention

Nonobstant les dispositions de l'article 14 (clauses de résiliation), s'il apparaît au terme des opérations de contrôle financier que la subvention a été partiellement ou totalement utilisée à des fins non conformes, le Département de la Dordogne se réserve le droit le cas échéant, et après avoir entendu l'Association, de mettre fin à l'aide accordée et d'exiger le reversement des sommes perçues assorties d'intérêts au taux légal à compter de la date de réception des fonds par l'Association bénéficiaire.

Le reversement total ou partiel de la subvention ou l'interruption de son versement peut être décidé à la demande de l'Association lorsque celle-ci ne souhaite pas poursuivre le programme et sollicite la résiliation de la convention.

Le reversement est effectué par l'Association après réception du titre de recette émis par M. le Payeur départemental dans les délais légaux impartis.

ARTICLE 14 : Résiliation de la convention

Le Département pourra résilier de plein droit la présente convention et demander la restitution de tout ou partie de la subvention versée en cas de non-respect par l'Association de ses engagements contractuels, de faute grave de sa part et après une mise en demeure restée sans effet à l'issue d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

La convention peut également être dénoncée par l'Association en respectant un préavis de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 15 : Règlement des litiges

En cas de litige résultant de l'exécution de la présente convention, les parties décident de rechercher un règlement amiable préalablement à tout recours contentieux.

Les litiges susceptibles de naître à l'occasion de la présente convention relèvent de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

Fait à Périgueux, en deux exemplaires originaux, le
Une copie signée sera adressée à chacune des Communes concernées.

Pour le Département de la Dordogne, le Président du Conseil départemental, Germinal PEIRO	Pour l'Association « SEM&VOL », le Président, Mathieu CHEDEVILLE
Pour la Commune de COLY-SAINT-AMAND, le Maire,	Pour la Commune d'ISSIGEAC, le Maire,
Pour la Commune de LA ROCHE-CHALAIS, le Maire,	Pour la Commune de LES EYZIES-de-TAYAC, le Maire,

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.15

Vente de véhicules, engins et matériels du Parc départemental.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 30

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.15

Vente de véhicules, engins et matériels du Parc départemental.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération de la Commission Permanente n° 16.CP.I.47 du 29 février 2016,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.II.24 du 8 avril 2019,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.III.24 du 13 mai 2019,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.V.37 du 22 juillet 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE la liste ci-annexée, des véhicules, engins et matériels vendus issus du Parc départemental.

AUTORISE le Parc départemental à mener toutes les procédures afférentes à leur sortie du registre d'inventaire et à leur cession.

APPROUVE la destruction des lots n° 9, 43, 44, 47 à 52 et 54 invendus.

AUTORISE que deux lots invendus, (n° 31 : rabot de déneigement SICOMETAL et n° 55 compresseur d'atelier DEVILBIS), soient proposés lors d'une prochaine vente.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.15 du 25 novembre 2019.

Nature et numéro de matériel	Client	Offres retenues			N° Inventaire
		Vente Agora Store	Commission Agora Store	Reste à recouvrer	Valeur d'origine
<i>Lot n°1</i> RENAULT CLIO CAMPUS, n°2345WL24	OCCAMOBILE	2.769,00 €	398,74 €	2.370,26 €	VLA866 10.699 €
<i>Lot n°2</i> RENAULT TWINGO, n°AB-787-MS	OCCAMOBILE	3.069,00 €	441,94 €	2.627,06 €	VLA885 9.966 €
<i>Lot n°3</i> RENAULT CLIO CAMPUS, n°AB-788-MS	Carrosserie DUTIN	2.270,00 €	326,88 €	1.943,12 €	VLA889 9.966 €
<i>Lot n°4</i> RENAULT TWINGO, n°AB-680-MS	OCCAMOBILE	3.769,00 €	542,74 €	3.226,26 €	VLA893 9.966 €
<i>Lot n°5</i> RENAULT TWINGO, n°AB-881-MS	OCCAMOBILE	2.669,00 €	384,34 €	2.284,66 €	VLA900 9.966 €
<i>Lot n°6</i> RENAULT TWINGO, n°AB-374-NR	MARCHANDEAU Jean-Philippe	2.070,00 €	298,08 €	1.771,92 €	VLA902 9.966 €
<i>Lot n°7</i> CITROEN C4, n°BE-180-YZ	BOYER Sandrine	2.283,00 €	328,75 €	1.954,25 €	VLB1001 15.360 €
<i>Lot n°8</i> PEUGEOT 308, n°6797WJ24	Auto 14	2.360,00 €	339,84 €	2.020,16 €	VLB1294 (ex CG067-IMMO 13195) 21.419,10 €
<i>Lot n°10</i> CITROEN BERLINGO, n°8161TZ24	TAMISIER Paul	1.523,00 €	219,31 €	1.303,69 €	VFB660 11.011,76 €
<i>Lot n°11</i> RENAULT KANGOO, n°8511VP24	MARIN	1.056,00 €	152,06 €	903,94 €	VFB746 12.335,37 €
<i>Lot n°12</i> RENAULT KANGOO, n°8509VP24	LEBRUN Julien	944,00 €	135,94 €	808,06 €	VFB749 12.335,37 €

Nature et numéro de matériel	Client	Offres retenues			N° Inventaire
		Vente Agora Store	Commission Agora Store	Reste à recouvrer	Valeur d'origine
<i>Lot n°14</i> PEUGEOT EXPERT, n°8755VX24	MEIGNAN Thomas	1.557,00 €	224,21 €	1.332,79 €	VFB817 11.367,53 €
<i>Lot n°15</i> RENAULT KANGOO, n°7136WE24	AUBYLAND	643,00 €	92,59 €	550,41 €	VFB847 13.756,00 €
<i>Lot n°16</i> RENAULT KANGOO, n°AC-650-FE	DENTA	3.495,00 €	503,28 €	2.991,72 €	VFB920 14.411,00 €
<i>Lot n°17</i> CITROEN JUMPY, n°BQ-441-HT	AUTO 89	1.246,00 €	179,42 €	1.066,58 €	FGT236 18.364,00 €
<i>Lot n°18</i> PEUGEOT EXPERT, n°CL-117-NA	DIEUZAIDE Remi	2.886,00 €	415,58 €	2.470,42 €	FGT245 9.350,00 €
<i>Lot n°19</i> CITROEN JUMPY, n°BQ-470-GZ	AUTO 89	1.826,00 €	262,94 €	1.563,06 €	CG103 Sans inventaire
<i>Lot n°20</i> RENAULT MASTER BENNE, n°677VL24	Silver Heaven KFT	1.617,00 €	232,85 €	1.384,15 €	FGB180 22.356,83 €
<i>Lot n°22</i> RENAULT MASTER BENNE, n°2302VQ24	GUZIK Matthieu	3.611,00 €	519,98 €	3.091,02 €	FGB186 22.708,04 €
<i>Lot n°23</i> RENAULT MASTER BENNE, n°9369VS24	SAS IANOTTO	3 833,00 €	551,95 €	3 281,05 €	FGB190 22.726,00 €
<i>Lot n°24</i> RENAULT MASTER BENNE, n°9372VS24	GROUSSARD Pierre-Alain	3.720,00 €	535,68 €	3.184,32 €	FGB192 22.726,00 €
<i>Lot n°26</i> RENAULT MASCOT BENNE, n°1597VQ24	PM Transport	1.700,00 €	244,80 €	1.455,20 €	CRA096 38.318,64 €

Nature et numéro de matériel	Client	Offres retenues			N° Inventaire
		Vente Agora Store	Commission Agora Store	Reste à recouvrer	Valeur d'origine
<i>Lot n°27</i> FOURGON TOLE IVECO, n°CG-494-DE	OPTION NATURE PAYSAGE	2.593,00 €	373,39 €	2.219,61 €	CUA084 33.040,87 €
<i>Lot n°28</i> CAMION IVECO, n°CG-494-DE CAISSE CARGO BENNE GRUE	ACHORIZON	7.634,00 €	1 099,30 €	6.534,70 €	CUC070 67.025,82 € BEN014 Sans inventaire BEN005 28.946,81 €
<i>Lot n°29</i> RENAULT CAMION BENNE, n°AS-439-FZ	Sarl Jimmy Terrassement	5.805,00 €	835,92 €	4.969,08 €	CRC072 25.004,08 €
<i>Lot n°30</i> SALEUSE ACOMETIS	PAUTET	1.501,00 €	211,82 €	1.289,18 €	SAL095 16.960,00 €
<i>Lot n°32</i> SALEUSE MECAGIL LEBON	MIG CHIRPAN LTD	1.126,00 €	157,82 €	968,18 €	SAL078 15.307,07 €
<i>Lot n°33</i> SALEUSE MECAGIL LEBON	MIG CHIRPAN LTD	1.058,00 €	148,03 €	909,97 €	SAL079 15.307,07 €
<i>Lot n°34</i> LAME DE DENEIGEMENT SICOMETAL	EARL DE LA PENETIE	234,00 €	33,70 €	200,30 €	LAM004 12.601,32 €
<i>Lot n°35</i> TRACTEUR JOHN DEERE N°7760VA24 EPAREUSE ROUSSEAU	SINNUS SLAWOMIR BIALEK	4.612 €	664,13 €	3.947,87 €	TMB118 34.643,33 € DBR049 24.979,65 €
<i>Lot n°36</i> TURBOTON-DEUSE ROUSSEAU	PRÉVOT Guy	1.542 €	222,05 €	1.319,95 €	TBR002 4.111,13 €
<i>Lot n°37</i> BALAYEUSE TRACTEE LEBON	CAYROL	159 €	18,58 €	140,42 €	BAL002 396,82 €

Nature et numéro de matériel	Client	Offres retenues			N° Inventaire
		Vente Agora Store	Commission Agora Store	Reste à recouvrer	Valeur d'origine
<i>Lot n°38</i> BALAYEUSE TRACTEE LEBON	EARL DE LA PENETIE	172 €	20,45 €	151,55 €	BAL003 754,43 €
<i>Lot n°39</i> GROUPE HYDRAULIQUE SMA JAGUAR	PRÉVOT Guy	621 €	89,42 €	531,58 €	DBS051 25.235,60 €
<i>Lot n°40</i> GRAVILLON-NEUR	SACRISTAN Yohan	105 €	15,12 €	89,88 €	GRA012 4.800,63 €
<i>Lot n°41</i> 6 ROUES CLOUTEES	COUYRAS	718 €	103,39 €	614,61 €	Sans inventaire
<i>Lot n°42</i> 2 ROUES CLOUTEES	PAUTET	94 €	13,54 €	80,46 €	Sans inventaire
<i>Lot n°45</i> 4 ROUES CLOUTEES	COUYRAS	578 €	83,23 €	494,77 €	Sans inventaire
<i>Lot n°46</i> 4 ROUES CLOUTEES	DENTA	94 €	13,54 €	80,46 €	Sans inventaire
<i>Lot n°53</i> LOT DE 29 LUMINAIRES D'ATELIER	CRGJP	393 €	56,59 €	336,41 €	Sans inventaire
<i>Lot n°56</i> 10 palettes de 120 cales en bois de chêne	BROCA	1 753 €	252,43 €	1.500,57 €	Sans inventaire
TOTAL				69.963,65 €	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.16

Vente de matériel réformé destiné à l'entretien des espaces verts départementaux.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE.

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 30

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.16

Vente de matériel réformé destiné à l'entretien des espaces verts départementaux.

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DONNE son accord à la sortie du registre d'inventaire départemental des matériels réformés tels que mentionnés en annexe.

ACCEPTÉ les offres d'acquisition proposées pour la vente de ces matériels, pour une valeur de 1.500 €.

AUTORISE le Pôle Paysage et Espaces Verts à mener toutes les procédures afférentes à leur sortie d'inventaire et à leur cession.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.VIII.16 du 25 novembre 2019.

libellé	quantité	n°inventaire	prix achat neuf TTC	acquéreur	Montant offre retenue
reprise débroussailleuse pellenc	1	pev-cou-15-2578	1 004,40 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise débroussailleuse pellenc	1	pev-cou-13-0329	1 079,00 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise débroussailleuse pellenc	1	pev-cou-13-0330	1 079,00 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise débroussailleuse pellenc	1	pev-cou-13-0331	1 079,00 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise débroussailleuse pellenc	1	pev-cou-13-2579	1 004,40 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise batterie pellenc	1	pev-cou-14-1686	1 609,20 €	espace émeraude Lajarthe	140,00 €
reprise batterie pellenc	1	?	1 609,20 €	espace émeraude Lajarthe	140,00 €
reprise batterie pellenc	1	?	1 609,20 €	espace émeraude Lajarthe	140,00 €
reprise batterie pellenc	1	?	1 609,20 €	espace émeraude Lajarthe	140,00 €
reprise binette pellenc	1	pev-cou-12-1647	807,32 €	espace émeraude Lajarthe	60,00 €
reprise souffleur pellenc	1	pev-cou-13-2572	810,00 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise souffleur pellenc	1	?	810,00 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
reprise taille haie pellenc	1	pev-cou-11-0385	594,00 €	espace émeraude Lajarthe	60,00 €
reprise taille haie pellenc	1	pev-cou-11-0386	594,00 €	espace émeraude Lajarthe	60,00 €
reprise taille haie pellenc	1	pev-cou-14-2055	594,00 €	espace émeraude Lajarthe	60,00 €
reprise taille haie pellenc	1	pev-cou-14-2056	594,00 €	espace émeraude Lajarthe	60,00 €
reprise tronçonneuse pellenc	1	pev-cou-15-2590	852,20 €	espace émeraude Lajarthe	80,00 €
TOTAL	17		17 338,12 €		1 500,00 €

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.17

Transactions foncières sur le territoire des Communes de BERGERAC
et de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 30

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.17

Transactions foncières sur le territoire des Communes de BERGERAC
et de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales modifiée par l'Ordonnance n° 2010-638 du 10 juin 2010,

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

VU la délibération du Conseil départemental n° 10-421 du 19 novembre 2010,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 14.CP.IX.41 du 20 octobre 2014,

VU la délibération du Conseil municipal de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC du 11 octobre 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DECIDE les transactions foncières suivantes :

ACQUISITION PAR LE DEPARTEMENT :

A la suite du déclassement d'une partie du réseau routier national de l'ancien tracé de la Route nationale n° 21, comprise entre les deux giratoires d'extrémité de la déviation Est de BERGERAC sur le territoire des Communes de BERGERAC et LEMBRAS, et son reclassement dans la voirie départementale sous le nom de Route départementale n° 936^{E1} ; acquisition à titre gracieux par le Département d'une parcelle de terrain cadastrée, Commune de BERGERAC, lieu-dit « Lespinassat » section BV n° 133 d'une contenance de 3a21ca, appartenant à l'ETAT.

CESSION PAR LE DEPARTEMENT :

Sur le territoire de la Commune de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC, suite au transfert de domanialité d'une portion de la Route départementale n° 41^{E1} en voie communale « Route des Landes ; cession à titre gracieux par le Département à la Commune de SAINT-VINCENT-DE-CONNÉZAC d'un terrain cadastré, lieu-dit « Les Berges » section AR n° 614 d'une contenance cadastrale de 3a00ca. Parcelle estimée à la somme de NEUF CENTS EUROS (900 €) selon avis du Pôle évaluation domaniale n° 2018-24509V3604 du 20 décembre 2018.

DECIDE que les actes de vente seront établis en la forme administrative.

AUTORISE M. le Vice-président en charge des Finances, de l'Administration générale, des Marchés publics ou en cas d'empêchement M. le Vice-président en charge des Routes à signer les actes de vente en la forme administrative correspondants, au nom et pour le compte du Département.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.18

Subvention de fonctionnement à une Association à caractère social.

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR : Annie SEDAN

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 30

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.18

Subvention de fonctionnement à une Association à caractère social.

Section : FONCTIONNEMENT	DEPENSES
Imputation : 934 / 420 / 65748 / 0 / 0 /	
Crédits de paiement votés	: 247 500,00€
Décision : Engagement CP N° : 2019 165235 1	: 4 000,00€
Crédits de paiement disponibles après la Com. Perm ^{te} .	: 6 887,00€

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la délibération du Conseil départemental n° 19-70 du 8 février 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

ALLOUE au chapitre 934, article fonctionnel 420, nature 65748, une subvention de 4.000 € à la Structure suivante :

Bénéficiaire	Numéro Dossier	Nature de l'opération	Subvention allouée (€)
Action sociale – Services communs			
Espace socioculturel Le Ruban Vert – MAREUIL et BRANTÔME	00093233	Projet Web'L Dronne et Belle – 2019	4.000

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.19

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
avec des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR : Annie SEDAN

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 30

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.19

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

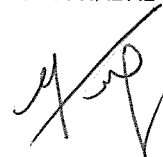
APPROUVE les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA), le Département de la Dordogne et :

- Le Centre Hospitalier Samuel POZZI de BERGERAC, pour la période 2020-2024 ;
- La Société à Responsabilité Limitée (SARL) « Retraite au PETIT GARDONNE » à MONTAGNAC-LA-CREMPSE, pour la période 2020-2024 ;
- La Société par Actions Simplifiée (SAS) « Développement des Foyers de Province » à MONTPON-MÉNESTÉROL, pour la période 2020-2024 ;
- La Société à Responsabilité Limitée (SARL) « Les Chênes Verts » à AGONAC, pour la période 2020-2024 ;
- La Société à Responsabilité Limitée (SARL) Maison de retraite « La Dryade » à SAINT-MEDARD-DE-MUSSIDAN, pour la période 2020-2024.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Jeannik NADAL



Annexes à la délibération n° 19.CP.VIII.19 du 25 novembre 2019.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2020-2024

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

L'EHPAD « Au Jardin d'Antan » et le SSIAD du Centre Hospitalier Samuel POZZI de BERGERAC

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT.....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
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 des établissements et services du CPOM.....	8
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	11
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence.....	11
4.4 - Engagements des ESMS EHPAD et SSIAD.....	12
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	13
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	13
4.7 Les frais de siège.....	14
4.8 (Le cas échéant) Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	15
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	15
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	16
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	16
6) Le traitement des litiges.....	17
7) La révision du contrat.....	18
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	18
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	18
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	18
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	19

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 « Samuel Pozzi » (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 Mme MOTHES Corinne - Directrice.

Visas et références juridiques :

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

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

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

Vu 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 la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 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 décision n° _____ du directoire du Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » en date du _____

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 1^{er} octobre 2019 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 « Samuel Pozzi » de BERGERAC conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne et le Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » de BERGERAC 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 : 240000059
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : établissement public de santé
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : Activités hospitalières APE 8610Z
 - Organigramme de l'entité gestionnaire : Annexe 9
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : L'EHPAD « Au Jardin d'Antan » et le SSIAD du CH Samuel Pozzi de BERGERAC
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat :
 - EHPAD « Au jardin d'Antan » 125 places réparties comme suit :
 - 90 lits d'hébergement permanent
 - 15 lits d'hébergement permanent Alzheimer
 - 5 lits d'hébergement temporaire
 - 15 places d'accueil de jour Alzheimer (9 AJ + 6 AJI)
 - SSIAD du CH Samuel Pozzi de BERGERAC 66 places réparties comme suit ;
 - 66 places personnes âgées
 - 6 places personnes handicapées
 - 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 : Sans objet.
 - 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 Annexe7
- 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)
 - EHPAD habilité à 100% et ne relevant pas du L.342-3-1 :
 - « L'EHPAD « Au Jardin d'Antan » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n° 19-028 en date du 11/04/2019 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (105 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
- Convention d'intégration du CHSP dans le Groupement Hospitalier de Territoire de Dordogne
- Convention de gestion Accueil de jour itinérant avec l'EHPAD Privé de La Madeleine
- Convention avec l'EHPAD de Mussidan « Télémédecine en EHPAD » / EHPAD Les jardins d'Antan en tant que requérant et CH Samuel Pozzi de Bergerac en tant que requis
- Convention SSIAD et service à domicile ARD 24
- Convention entre le CH Samuel Pozzi et EHPAD Ressource d'accueil de l'antenne de repérage des fragilités par l'IDE fragilité

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

Dans le cas où le gestionnaire est signataire de plusieurs CPOM, deux options alternatives sont ouvertes aux parties signataires, qui indiquent celle retenue à cet article.

- **Solution 1 : 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.

CPOM Sanitaire cf ANNEXE 8

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'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 « Au Jardin d'Antan » et du SSIAD du CH Saueil Pozzi de BERGERAC, 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, dont la durée est fixée par les textes, 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)

La DGC est composée de la dotation globale de soins de l'EHPAD « Au jardin d'Antan » et de la dotation du SSIAD du CH Samuel Pozzi de BERGERAC.

La tarification de l'EHPAD « Au jardin d'Antan » relève du forfait global avec 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'autres 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.

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.

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.

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.

4.1.3 – 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 « Au Jardin d'Antan », la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 2 087 952,23€ pour la section hébergement permanent.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1/Titre 1	905 887,63 €
Groupe 2/Titre 3	707 217,03 €
Groupe 3/Titre 4	659 215,80 €
Total dépenses	2 272 320,46 €
- recettes en atténuation	184 368,23 €
- crédits non reconductibles	-
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	-
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	-
= Dotation globalisée initiale	2 087 952,23 €

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 « Samuel Pozzi » de BERGERAC reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Le Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » de BERGERAC 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, **pour les EHPAD**, 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 Les modalités de versement de 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 gestionnaire 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 gestionnaire 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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **31/12/2019** se répartit comme suit :

Les quotes-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêtées par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation N ou N+1, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 31/12/2019 (en €)	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240007617	L'EHPAD « Au Jardin d'Antan »	1 930 948,65 €	1 702 937,77 €	228 010,88 €
240006288	Le SSIAD de BERGERAC	781 501,72 €		
TOTAL GENERAL		2 712 450,37 €		

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

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations dépendance au 31/12/ 2019 (en €)	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240007617	L'EHPAD « Au Jardin d'Antan »	706 053,84 €	706 053,84 €	

➤ 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.

4.4..– Engagements du Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » de BERGERAC

Le gestionnaire s'engage :

- pour l'EHPAD « Au jardin d'Antan » à atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 95 %
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat, pour les deux structures
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP), pour les deux structures.

4.5 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, une caisse pivot 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 CSS, 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 « Samuel Pozzi », 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 désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des 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.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet 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.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 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 (r314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

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 et leurs affectations respectives soient réalisés au sein de chaque compte de résultat.

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,
- 3) 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 *secteur PH* : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation - Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, 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.

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).

4.7 Les frais de siège

Sans objet

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

Les programmes d'investissement et leurs plans de financement, ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à un an, doivent être approuvés par l'autorité de tarification en vertu des dispositions des articles L 314-7 et R. 314-20 du CASF.

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, validé par la ou les autorités de tarification, 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.

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux 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°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :

- un déséquilibre financier significatif et prolongé,
- ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

que 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

5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du 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 :

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 Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » 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 Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » dépose au plus tard le 8 juillet 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
 - Dans le cadre de la remise de l'ERCP, 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 8 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.

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD, et au 8 juillet de l'année N+1 s'agissant de l'ERCP.

- ❖ Le Centre Hospitalier « Samuel Pozzi » 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.

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

- Les dialogues de gestion

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

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

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

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

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

7) LA REVISION DU CONTRAT

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

8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD signataire.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1^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 de la Délégation
Départementale de la Dordogne

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➤ LISTE DES ANNEXES

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

- **ANNEXE 1 : 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 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale (cf. tableau infra)**

Sans objet

- **ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)**

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

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**

Cette annexe est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

➔ **Les documents suivants sont obligatoirement annexés au contrat car ils permettent d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM :**

- **ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM**

- **ANNEXE 7** : Fiches FINESS des deux structures
- **ANNEXE 8** : Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.
- **ANNEXE 9** : Organigramme du gestionnaire

➤ ANNEXES

ANNEXE N° 7

ETABLISSEMENT

Raison Sociale : EHPAD AU JARDIN D'ANTAN N° FINESS : 240007617
Adresse Administrative : 9 AVENUE CALMETTE BP 820 N° SIRET : 26240563200023
24108 BERGERAC CEDEX
Tél: 05 53 63 88 88 Fax: 05 53 63 86 58

IDENTIFICATION

N° FINESS : 24 000 761 7 N° SIRET : 262 405 632 00023
Date d'ouverture : 18 novembre 1992
N° FINESS de l'entité juridique de rattachement : 24 000 005 9
Catégorie de l'établissement : [500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Statut juridique de l'EJ : [13] Etablissement Public Communal d'Hospitalisation
Mode de tarification : [40] ARS/PCD, Tarif global, habilité aide sociale, recours PUI
Participation au service public hospitalier : -
Code APE : [8710A] Hébergement médicalisé pour personnes âgées

EQUIPEMENTS SOCIAUX

Discipline	Mode de fonctionnement	Clientèle	Homme	Femme	Total
[924] Accueil pour Personnes Âgées	[21] Accueil de Jour	[436] Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	0	0	15
[924] Accueil pour Personnes Âgées	[11] Hébergement Complet Internat	[711] Personnes Âgées dépendantes	0	0	105
[657] Accueil temporaire pour Personnes Âgées	[11] Hébergement Complet Internat	[711] Personnes Âgées dépendantes	0	0	5

ETABLISSEMENT

Raison Sociale : SSIAD BERGERAC N° FINESS : 240006288
Adresse Administrative : 9 AVENUE ALBERT CALMETTE BP 820 N° SIRET : 26240563200056
24108 BERGERAC CEDEX
Tél: 05 53 63 88 20 Fax: 05 53 24 37 46

IDENTIFICATION

N° FINESS : 24 000 628 8 N° SIRET : 262 405 632 00056
Date d'ouverture : 11 mai 1978
N° FINESS de l'entité juridique de rattachement : 24 000 005 9
Catégorie de l'établissement : [354] Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D)
Statut juridique de l'EJ : [13] Etablissement Public Communal d'Hospitalisation
Mode de tarification : [54] Tarif AM - Services de Soins Infirmiers A Domicile
Participation au service public hospitalier : -
Code APE : [8690D] Activités des infirmiers et des sages-femmes

EQUIPEMENTS SOCIAUX

Discipline	Mode de fonctionnement	Clientèle	Homme	Femme	Total
[358] Soins infirmiers à Domicile	[16] Prestation en milieu ordinaire	[700] Personnes Agées (Sans Autre Indication)	0	0	60
[358] Soins infirmiers à Domicile	[16] Prestation en milieu ordinaire	[010] Tous Types de Déficiences Pers.Handicap.(sans autre indic.)	0	0	6



DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

EHPAD « Au Jardin d'Antan » - BERGERAC

SSIAD - BERGERAC

Table des matières

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. Evaluations internes et externes.....	4
2.2.2. Coopérations et conventions.....	5
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	8
2.2.5. Innovations en santé	8
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....	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	11
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	12
3.2.1. Activité - EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD.....	13
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD.....	14
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD.....	15
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD.....	22
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD	26
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	30

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
240007617	EHPAD « Au Jardin d'Antan »	PUBLIC	125	125	
240006288	SSIAD BERGERAC	Public	66	66	
TOTAL			191	191	

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 (€)
	NEANT		
TOTAL			

2.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

2.2.1. Evaluations internes et externes

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

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD	2013	2021
SSIAD	Non communiquées par le précédent organisme gestionnaire	Mai 2020

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD	11/09/2014 ; 03/10/2014 et 10/10/2014	Fin 2023
SSIAD	Non communiquées par le précédent organisme gestionnaire	2021

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
	Sans objet		

2.2.2.1 - Coopérations et conventions EHPAD « Au Jardin d'Antan »

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	x		HAD Clinique pasteur
Une équipe mobile de gériatrie	x		Equipe interne du CHSP
Une équipe mobile de soins palliatifs	x		Equipe interne du CHSP
Une ou plusieurs officines de pharmacie	x		PUI du CHSP
Un établissement de santé	x		
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	x		Convention du CHSP
Un réseau de soins palliatifs	x		Convention du CHSP
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	x		Convention du CHSP
Un cabinet dentaire	x		UFSBD
	x		Faculté de Bordeaux
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	x		EHPAD de la Madeleine
Autres / Accueil de Jour Itinérant	x		EHPAD de la Madeleine
Télé-médecine	x		EHPAD de Mussidan porteur du projet (en cours)

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Les Blouses Roses	Soutien très important aux résidents		
Les Boules au Nez	Très bon impact au niveau de l'animation de la structure		
La Belle Equipe	Animation en continu en soutien aux animateurs de la structure		

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ?
Le CHSP est un établissement faisant partie du GHT Dordogne.

2.2.2.2 - Coopérations et conventions SSIAD

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	x		HAD Clinique pasteur
Une équipe mobile de gériatrie	x		Equipe interne du CHSP
Une équipe mobile de soins palliatifs	x		Equipe interne du CHSP
Une ou plusieurs officines de pharmacie	x		PUI du CHSP
Un établissement de santé			
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	x		Convention du CHSP
Un réseau de soins palliatifs	x		Convention du CHSP
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	x		Convention du CHSP
Un cabinet dentaire			
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA			
Autres	x		Service de téléassistance

			CASSIOPEA
Autres	x		Conventions IDEL

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
IDE Libérales	A ce jour, 33 infirmiers libéraux (IDEL) conventionnés Partenariats conventionnés	La connaissance des missions propres à l'IDEL ne sont pas toujours bien maîtrisées par les IDEL	Maintenir le contact avec les infirmières libérales reste une priorité pour les usagers notamment ruraux et/ou isolés
HAD	Le SSIAD a formalisé en 2018 une convention avec la HAD permettant l'intervention conjointe des deux services lorsque l'état de santé des usagers du SSIAD se dégrade.	Collaboration récente, un bilan devrait être envisagé	Depuis cette nouvelle coopération, la PEC des usagers s'en voit renforcée et améliorée. L'utilisateur ne se trouve plus dans une PEC fractionnée mais dans une complémentarité favorisant le maintien de son environnement et de ses habitudes de vie
EMASP (partenaire institutionnel)	Partenariat étroit avec l'EMASP dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie	Continuer à s'approprier la culture des soins palliatifs	Valeur ajoutée dans la PEC des usagers et dans l'articulation des acteurs de terrain.
EMOG (partenaire institutionnel)	Partenariat efficace dans des situations nécessitant un accompagnement spécifique et une évaluation gériatrique.		Valeur ajoutée dans la PEC des usagers et dans l'articulation des acteurs de terrain.
Médecins traitants	Proximité et connaissance du terrain	Disponibilité aléatoire. Visites à domicile non systématiques Absence de MT pour certains usagers	L'arrivée prochaine de PACCO devrait améliorer la communication entre les professionnels
Services à domicile	Partenariat étroit	Conventionnement en cours	Il existe, parfois, des dysfonctionnements de PEC liés à un manque de connaissance des problématiques liées aux pathologies spécifiques des usagers.

La participation du SSIAD au GHT est-elle envisagée ?

Le CHSP est un établissement faisant partie du GHT Dordogne.

2.2.3. Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD « Au jardin d'antan »	Formations spécifiques aux	Travailler sur la fidélisation des agents affectés à l'EHPAD	

	agents en EHPAD + Formation Humanitude		
EHPAD « Au jardin d'antan »	Remplacement systématique des absences	Promotion du présentisme	
SSIAD	Equipe soudée, peu de turn-over	Remplacements systématiques en période estivale à consolider sur d'autres périodes de congés	

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

EHPAD « Au Jardin d'Antan » et SSIAD

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X		Plan annuel voté en commission de formation et validé par l'ANFH SSIAD : meilleure accessibilité au plan de formation	Mutualisation de certaines actions au sein du GHT Dordogne Améliorer la programmation pluriannuelle	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X		Démarches encore « au cas par cas ». En cours d'élaboration sur l'institution	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X		Facilitation du dispositif par financement du remplacement des agents via une enveloppe spécifique		
Adéquation du personnel aux missions ?	X		Cf. plan de formation Accès aux concours facilité	Reclassement professionnel : formation adaptée SSIAD : AS référent à former (tutorat,...)	

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
ANNEE N : ESMS EHPAD	1	IDE	Pas de CET	
ANNEE N +1 : ESMS EHPAD	3	AS ASHQ	Pas de CET	

ESMS xxx		Animateur		
ANNEE N + 2 : ESMS EHPAD	4	IDE AS ASHQ		
ESMS SSIAD	1	AS		
ANNEE N + 3 : ESMS EHPAD ESMS xxx	1	AS	Pas de CET	
ANNEE N + 4 : ESMS EHPAD ESMS SSIAD	2 1	ASHQ AS	Pas de CET	
TOTAL	13		2 416,80 €	
Provisions déjà constituées				
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 ?

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*)

SSIAD : Une formation nursing touch a été réalisée par un agent. Des PEC ont été réalisées avec cette technique, les usagers ont été satisfaits. Le SSIAD a répondu à un appel à projet de la MASFIP sur ce thème

- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?

SSIAD : Demande d'investissement pour un projet de télégestion en cours.

EHPAD : Télé-médecine en cours de déploiement.

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données.

Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) :
- 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/Equipement 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) :
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) :

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 :

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD « Au jardin d'antan »	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	<p>Prise en charge de patients de tranches d'âge en 35 à 59 ans proche du quatrième quantile (max)</p> <p>Un taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement supérieur à la médiane.</p> <p>Taux de réalisation de l'activité supérieur à la médiane</p> <p>Taux d'entrée depuis le domicile supérieur à la médiane</p> <p>Taux d'admission sur les lits et places supérieur à la médiane</p> <p>Taux de rotation des personnes accompagnées supérieur à la médiane</p> <p>GMP inférieur à la médiane</p>	<p>Amélioration nécessaire des statistiques de sorti' (cf. 33% de sorties destination inconnue)</p> <p>Le taux de sorties par DC est inférieur à la médiane. Il est à comparer avec le taux de sortie par hospitalisation et le taux d'hospitalisation complète qui sont largement supérieurs à la médiane.</p> <p>Le taux de rotation des personnes accompagnées en accueil de jour est largement inférieur à la médiane.</p> <p>Améliorer le recours au HAD. Favoriser la fin de vie au domicile par l'intervention de l'équipe mobile en soins palliatifs par exemple.</p> <p>Améliorer si nécessaire la filière depuis le CHSP (établissement de rattachement) après analyse plus fine des données</p>	<p>Des taux de GIR 2 et GIR 4 supérieurs à la médiane. Traduisent l'impact de l'Unité Alzheimer</p> <p>Le taux de GIR 4 supérieur à la médiane se traduit également au niveau du PMP qui est inférieur à la médiane. Cependant, nécessité d'améliorer le niveau de traçabilité des actes et des charges en soins pour un PMP plus fiable. (améliorer la performance du SI, logiciel adapté).</p> <p>Améliorer la filière depuis le CHSP (établissement de rattachement),</p> <p>Le fort taux de provenance des établissements médico-sociaux s'explique par les filières USLD, SSIAD.</p> <p>Améliorer la performance de l'accueil de jour.</p>
Axe n°2 : Ressources humaines	<p>Suivi mensuel des réalisations par rapport aux objectifs Communications mensuelles en CODIR et régulières en instances Remplacements effectués systématiquement en cas d'absentéisme</p>	<p>Amélioration de l'attractivité de la structure EHPAD</p>	
Axe n°3 : Finances et budget	<p>L'ESMS a retrouvé un équilibre global depuis les 4 dernières années</p>	<p>La section dépendance est structurellement déficitaire</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>Implication des équipes avec le soutien des moyens de l'établissement support</p>	<p>Augmenter le rythme des évaluations internes</p>	<p>Préparation en cours d'une consultation commune (cahier des charges) dans le cadre de l'évaluation externe des ESMS en lien avec le GHT Dordogne</p>

SSIAD	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	<p>DMS de moitié inférieure à la médiane (137 pour 1 médiane à 498)</p> <p>Performance du taux de réalisation de l'activité</p> <p>Taux de GIR 1 supérieur à la médiane Taux de GIR 3 inférieur à la médiane</p> <p>1 recrutement plus important venant du domicile</p>	<p>GMP inférieur à la médiane</p> <p>Taux de sortie par hospitalisation supérieur à la médiane</p>	<p>La DMS est largement inférieure à la médiane qui est à relier à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'augmentation des décès - Le vieillissement de la population accueillie - Le taux de rotation (63) qui est supérieur à la médiane (53) ainsi que le taux d'admission sur les lits et places financées dans l'année <p>File active supérieur (107) à la médiane (85) taux de rotation (63) supérieur à la médiane. Taux de d'admission (64) supérieur à la médiane (60)</p> <p>Un taux en GIR 4 plus important et supérieur à la médiane ce qui peut expliquer un GMP plus bas. Le SSIAD a la spécificité d'accueillir des patients atteints de pathologies lourdes au-delà du GIR</p> <p>Performance de la reconnaissance du SSIAD sur le territoire. Nombre restreint d'établissement de soins sur le territoire</p> <p>L'accès au centre hospitalier est facilité, de par son rattachement.</p>
Axe n°2 : Ressources humaines	<p>Respect de la volonté des agents de rester sur le service du SSIAD sur des postes de contractuels</p> <p>Organisation de l'équipe très structurée</p>		
Axe n°3 : Finances et budget	Equilibre budgétaire		
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Implication des équipes avec le soutien des moyens de l'établissement support	Augmenter le rythme des évaluations internes	Préparation en cours d'une consultation commune (cahier des charges) dans le cadre de l'évaluation externe des ESMS en lien avec le GHT Dordogne

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1.1 - Activité - EHPAD « Au Jardin d'Antan »

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>)	38 325	1 825	1 490
Journées réalisées	38 097	1 118	821
Taux d'occupation	99,40%	61,26%	55,10%

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

Un projet d'accueil de jour itinérant est en phase de validation par l'ARS, qui va consacrer 6 places (sur les 15 autorisées) qui seront regroupées avec 6 autres places de l'EHPAD de la Madeleine.

Ce projet devrait voir le jour au 1^{er} semestre 2019.

Une politique plus résolue de communication doit être mise en œuvre pour améliorer l'attractivité des 9 lits d'accueil de jour qui resteront sur l'EHPAD.

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 :

HEBERGEMENT PERMANENT : 14

HEBERGEMENT TEMPORAIRE : 3

3.2.1.2 - Activité - SSIAD BERGERAC

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	PA	PH
Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)	21 900	2 190
Journées réalisées	21 795	2 191
Taux d'occupation	99,52%	100,05%

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

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 SSIAD : 5.

3.2.2.1 - Ressources humaines - EHPAD « Au Jardin d'Antan »

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Héberge ment	Dépenda nce	soin	Dont Postes non pourvus (ETP)	Dont Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/administration	2,47		2,47				
Services généraux	0,76		0,76				
Animation	1		1				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	26,59		18,83	7,76			
Aide-soignant- AMP-ASG	37,59			11,11	26,48		
Psychologue	0,69			0,69			
Infirmière	7,95				7,95		
Auxiliaires médicaux	0,12				0,12		
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0,83				0,83		
Assistante sociale	0,13		0,13				
Contrats aidés	4,69		4,69				
TOTAL	82,82		27,88	19,56	35,38		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 20

Commentaires éventuels : Mme le Docteur CORNU, Médecin coordonnateur exerce également des missions de médecin référent pour certains résidents qui en font la demande.

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)
Catégorie A	4,02 %	0,29 %	1
Catégorie B	14,90 %	0,44 %	1
Catégorie C	9,75 %	0,39 %	8

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

- Turn-over important lié aux vœux de mobilité des agents, L'EHPAD étant un tremplin pour occuper des fonctions AS sur le MCO et l'USLD.
- Améliorer le recrutement pour une adaptation plus pertinente des candidats au projet EHPAD.
- Contractualiser sur une durée d'engagement à l'EHPAD

3.2.2.2 - Ressources humaines - SSIAD BERGERAC

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	soin	Postes non pourvus (ETP)	Dont Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration	0,25	0,38%	0,25		
Administration/Gestion	1	1,52%	1		
Services généraux					
Animation					
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)					
Aide-soignant- AMP-ASG	13,67	20,71%	13,67		1,58
Psychologue					
Infirmière					
Auxiliaires médicaux					
Pharmacien ou préparateur					
Médecin coordonnateur					
Autre fonction (à préciser)					
TOTAL	14,92	22,61%	14,92		1,58

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 0

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)
Catégorie A	0	0	
Catégorie B	0	0	
Catégorie C	8,04 %	0,40 %	2

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

- Essentiellement de la maladie ordinaire, 1 MP et 1 maternité

3.2.3.1 - Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD « Au Jardin d'Antan »

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

Recettes-dépenses et résultats

▪ **Les recettes sur la période :**

EHPAD « Au jardin d'antan »	N-1				N-2				N-3			
	Héberge- ment	Dépend- ance	Soin	Total	Héberge- ment	Dépend- ance	Soin	Total	Héberge- ment	Dépend- ance	Soin	Total
Total Groupes de recettes	2 383 064,35	728 997,54	2 076 723,10	5 188 784,99	2 408 572,13	785 129,51	1 986 411,07	5 180 112,71	2 426 948,82	793 146,57	1 960 629,6	5 180 725,04
Groupe 1	-	-	2 024 403,89	2 024 403,89	-	-	1 918 089,50	1 918 089,50	-	-	1 897 192,0	1 897 192,02
Groupe 2	-	718 337,81	-	718 337,81	-	764 276,26	-	764 276,26	-	778 602,55	-	778 602,55
Groupe 3	2 124 209,00	-	-	2 124 209,00	2 165 727,48	-	-	2 165 727,48	2 168 918,67	-	-	2 168 918,67
Groupe 4	258 855,35	10 659,73	52 319,21	321 834,29	242 844,65	20 853,25	68 321,57	332 019,47	258 030,15	14 544,02	63 437,63	336 011,80

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Les recettes d'exploitation : Les réalisations restent globalement stables depuis 3 ans
- Groupe 1 : Augmentation du forfait global de soins pour compenser une partie de la baisse de la dotation dépendance, plus crédits supplémentaires liés à l'appel à projet IDE de nuit.
- Groupe 2 : Le budget alloué dépendance diminue depuis la mise en place du forfait mais les réalisations aussi.
- Groupe 3 : Le budget alloué hébergement a diminué en 2018 ainsi que les réalisations.

▪ **Les dépenses sur la période :**

EHPAD « Au jardin d'antan »	N-1				N-2				N-3			
	Hébergem- ent	Dépend- ance	Soin	Total	Hébergem- ent	Dépend- ance	Soin	Total	Hébergem- ent	Dépend- ance	Soin	Total
Total Groupes de dépenses	2 330 626,18	825 706,97	2 015 837,90	5 172 171,05	2 332 332,83	865 633,76	1 970 719,63	5 168 686,22	2 372 637,97	870 412,61	1 923 607,0	5 166 657,63
Groupe 1	915 824,95	724 392,47	1 616 650,54	3 256 867,96	905 188,14	730 105,74	1 589 475,54	3 224 769,42	937 824,78	747 820,51	1 576 831,4	3 262 476,72
Groupe 2	-	-	104 918,98	104 918,98	-	-	94 559,81	94 559,81	-	-	88 760,02	88 760,02
Groupe 3	767 640,67	101 254,25	203 868,65	1 072 763,57	714 396,76	126 570,77	214 129,11	1 055 096,64	684 527,74	122 531,85	212 044,82	1 019 104,41
Groupe 4	647 160,56	60,25	90 399,73	737 620,54	712 747,93	8 957,25	72 555,17	794 260,35	750 285,45	60,25	45 970,78	796 316,48

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation : Les réalisations sont en très légère augmentation depuis 3 ans
- Groupe 1 : les charges de personnel en augmentation sont liées au recrutement des IDE pour l'appel à projet IDE de nuit
- Groupe 2 : Augmentation progressive des réalisations
- Groupe 3 : Augmentation 2018 liée au remplacement de la robinetterie (risque de brulures)

▪ **Résultats à affecter :**

EHPAD « Au Jardin d'Antan »	N-1	N-2	N-3
Recettes	5 188 784,99	5 180 112,71	5 180 725,04
Dépenses	5 172 171,05	5 168 686,22	5 166 657,63
Net	16 613,94	11 426,49	14 067,41
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)			
Résultat à affecter	16 613,94	11 426,49	14 067,41
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	Report à nouveau		

N-2	Report à nouveau
N-3	Report à nouveau

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Non, mais mise en place d'un mécanisme pluriannuel de gestion de la maintenance via l'abondement et l'utilisation d'une provision pour gros entretien (PGE)

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 « Au Jardin d'Antan »	Au 31/12/2018
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	668 066 €
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires : Provisions pour CET et gros entretiens.

Projets d'investissement

Des projets sont-ils en cours de réflexion ou de mise en œuvre (*mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...*) ? Cf. création et mise en œuvre d'une PGE (cf. supra)

L'ensemble des éléments demandés en investissement sont directement en lien avec le CVS, la cartographie des risques et l'évaluation externe :

Initiateur(s) de la demande	Dénominations des demandes	Commentaires	Documents de référence
évaluation externe 2014 cartographie des risques 2018	achat de 5 postes informatiques portables type Ergotron	Développement de l'utilisation de CW = développement du nombre de poste sur l'EHPAD - le nombre de postes ne permet pas de saisir en temps réel les résultats des constantes- la validation des actes - les transmissions et le suivi des cibles. Il y a un seul poste fixe par étage ce qui induit : - une utilisation sur la même période temporelle par les soignants avec une lenteur du logiciel - un risque de perte d'information	- évaluation externe du 5 décembre 2014 - cartographie des risques 2018

DT- ARS PMS 2018-2022 cartographie des risques 2018	achat d'un logiciel métier adapté au médicosocial ou adaptation (développement) du logiciel existant	Conclusion sur le rapport : utiliser des logiciels métiers adaptés au secteur médico- social. Retranscription - absence de système d'alerte sur le circuit du médicament avec une l'ergonomie du logiciel ne correspond pas au fonctionnement d'un EHPAD. Cela nécessite de développer d'autres supports de transmission et de surveillance sous format papier avec un risque de perte d'information	-Rapport de l'EHPAD du 20 septembre 2016 par la DT-ARS Dordogne et le conseil départemental de Dordogne -PMS 2018-2022 (fiche action n°9) - cartographie des risques 2018 système d'information et circuit du médicament
PMS 2018-2022	achat du logiciel métier SMAFF	logiciel permettant de développer et améliorer la formalisation des projets de vie- d'en assurer le suivi et les réévaluations périodiques	- PMS 2018-2022 (fiche action n°10) - Rapport de l'EHPAD du 20 septembre 2016 par la DT-ARS Dordogne et le conseil départemental de Dordogne

Initiateur(s) de la demande	Dénominations	Commentaires	Documents de référence
évaluation externe 2014 cartographie des risques 2018 PMS 2018-2022	parcours d'incitation à la marche/activités physiques	conception d'un parcours dans le parc pour développer la prévention des chutes - réflexion et mise en œuvre avec ergothérapeute - kiné- médecin co- service technique	évaluation externe du 5 décembre 2014 cartographie des risques 2018 PMS 2018-2022 (fiche action n°12)
CVS	Protection de l'intimité des résidents utilisant les toilettes devant la salle de restauration	Afin de préserver l'intimité des résidents faisant usage de ces toilettes, Proposition d'installer un système obturant la vue sur l'espace lavabo, et les toilettes.	CR du CVS du 24/11/16 CR du CVS du 08/06/17 CR du CVS du 14/12/2017 Revue EHPAD/service technique
CVS	sécuriser l'accessibilité au parking	Installation d'une signalétique à l'entrée du parking de l'EHPAD précisant que le parking est privé et réservé aux usagers de l'EHPAD ainsi que le container à verre. danger d'accident	CR du CVS du 24/11/16 CR du CVS du 08/06/17 CR du CVS du 14/12/2017
cartographie des risques 2018 PMS 2018-2022	Sécurisation de l'accès de salle IDE et de la Pharmacie - entrée non sécurisée des locaux sensibles	Local dédié à la pharmacie fermé à clé mais accessible par l'ensemble du personnel (et plus)- Demande d'accès contrôlé par badge de la salle de préparation pharmacie et salles IDE	cartographie des risques 2018 PMS 2018-2022 (fiche action n°13) Revue EHPAD/service technique
CVS	Rafraichissement des murs de l'EHPAD	murs dégradés sur l'ensemble de la structure plaintes résidents - projet déco par animation/résidents non validée => réflexion sur un plan pluriannuel.	CR du CVS du 08/06/17 CR du CVS du 14/12/2017 Revue EHPAD/service technique

cartographie des risques 2018	Révision du système d'appel	1- Appel malade inadapté au handicap du résident (plan de financement ?) 2-Système non pérenne car lien avec la téléphonie manque tableau de report RISQUE VITAL - évolution de la typologie des résidents - Etude d'achat et de mise en place d'un système d'appel malade indépendant	cartographie des risques 2018 Revue EHPAD/service technique
CVS Direction des Finances et des Ressources Matérielles	restauration et réhabilitation des salles d'eau	dégradations des revêtements des salles d'eau - risques infectieux - décennale	CR du CVS du 08/06/17 Revue EHPAD/service technique /service juridique/Direction des finances et des ressources matérielles
Document Unique	climatisation des chambres et couloirs	différentiel important entre les pièces climatisées et les pièces non climatisées	document Unique 2017
CVS	Personnalisation des chambres	demande d'installer un tableau en liège et 3 crochets dans chaque chambre - inscription dans le financement du budget 2018. demande incitante des résidents	CR du CVS du 08/06/17 CR du CVS du 14/12/2017
CVS	nettoyage des vitres et des escaliers extérieurs	réclamation des résidents et des familles sur l'état des vitres	CR du CVS du 08/06/17 CR du CVS du 14/12/2017 Revue EHPAD/service technique
CVS	Sécurisation des coffres des chambres	fixation de l'étagère du dessus afin qu'elle soit impossible à soulever et rendre inaccessible l'intérieur du coffre - vol -	CR du CVS du 14/12/2017 Revue EHPAD/service technique
PMS 2018/2022cartographie des risques 2018	Contrôle des sorties des résidents	mettre en place un système de double commande pour accéder à la sortie (type USLD)	cartographie des risques 2018PMS 2018-2022 (fiche action n°3)
cartographie des risques 2018	modification des aides et appui sur les salles d'eau	les poignées d'aides et d'appui ne prennent pas en compte le côté hémiplégique des résidents - une étude est à lancer sur un système interchangeable - Etude technique et financière pour adaptation des aides ergonomique à l'évolution des besoins des résidents	cartographie des risques 2018
cartographie des risques 2018	Appel malades	1 -Prise en compte du risque suicidaire de façon ponctuelle et adaptée au patient (fil sonnette) -Etude technique et financière pour adaptation de la réponse : Appels malade sans fils 2 - Panne des DECT qui sont également les récepteurs des appels malades / micro coupures	cartographie des risques 2018 Revue EHPAD/service technique

cartographie des risques 2018	mise en place d'un onduleur	microcoupures avec risque de perte d'information : prescription médicales - circuit du médicament - DPI - Appel malades	cartographie des risques 2018
-------------------------------	-----------------------------	--	-------------------------------

3.2.3.2 - Diagnostic budgétaire et financier - SSIAD BERGERAC

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

Recettes-dépenses et résultats - SSIAD Personnes Agedes

▪ **Les recettes sur la période :**

SSIAD BERGERAC	N-1		N-2		N-3	
	Soin	Total	Soin	Total	Soin	Total
Total Groupes de recettes		717 395,61		702 717,27		700 102,75
Groupe 1		700 957,30		689 787,72		687 480,21
Groupe 2		16 014,00		12 474,54		12 195,67
Groupe 3		424,31		455,01		426,87

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Les recettes d'exploitation : Augmentation progressive liée aux recettes de groupe 1
- Groupe 1 :
- Groupe 2 :
- Groupe 3 :

▪ **Les dépenses sur la période :**

SSIAD BERGERAC	N-1		N-2		N-3	
	Soin	Total	Soin	Total	Soin	Total
Total Groupes de dépenses		706 070,85		703 175,96		691 865,64
Groupe 1		147 135,11		155 205,04		133 368,53
Groupe 2		517 940,66		522 375,59		515 200,03
Groupe 3		40 995,08		25 595,33		43 297,08

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 :
- Groupe 3 :

▪ **Résultats à affecter :**

SSIAD BERGERAC		N-1	N-2	N-3
Recettes		717 395,61	702 717,27	700 102,75
Dépenses		706 070,85	703 175,96	691 865,64
Net		11 324,76	-458,69	8 237,11
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)				
Résultat à affecter				
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES				
N-1	Report à nouveau			
N-2	Report à nouveau			
N-3	Report à nouveau			

Recettes-dépenses et résultats - SSIAD Personnes Handicapées

<u>Résultats à affecter : SSIAD BERGERAC</u>		Année 2018	Année 2017	Année 2016
Recettes		71 285,36	69 949,95	69 102,58
Dépenses		70 979,68	58 448,59	65 318,49
Net		305,68	11 501,36	3 784,09
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)				
Résultat à affecter				
AFFECTATION DES RESULTATS				
Année 2018	Report à nouveau			
Année 2017	Report à nouveau			
Année 2016	Report à nouveau			

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Non

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 :

SSIAD BERGERAC	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	22 141€
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires : Provisions pour charges

Projets d'investissement

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

- Demande d'investissement pour un projet de télégestion (budget 2020)

3.2.4.1 - Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD « Au Jardin d'Antan »

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

EHPAD « Au Jardin d'Antan »	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'améliora tion	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Livret d'accueil	OUI			
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI			
Contrat de séjour	OUI			
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI			RAPPEL : décision produite ARS+CD : liste obligatoire à affichage
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI			
Règlement de fonctionnement	OUI			
Projet d'établissement	OUI			
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	Cf RAPPORT EVAL INTERNE PAGE 17 et 18 + Cf EVAL CONV TRIP CI APRES		
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI			
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI			
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>	OUI			
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI			
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI			
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement	OUI			

Date d'actualisation				
Livret thérapeutique en place	OUI			
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI			
Protocole risque de chute				
Prévention et prise en charge des escarres	OUI			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI			
Prise en charge de la douleur	OUI			
Accompagnement de la fin de vie	OUI			
Prise en charge de la dénutrition	OUI			
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	intervention de l'association « Les boules au nez ». Clowns qui interviennent sur l'unité sécurisée en relation avec les paramédicaux en charge des résidents du secteur		

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 : décision du 5 avril 2016 (transfert des locaux suite à l'ouverture du NPT)

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>Les piluliers sont préparés hebdomadairement à l'EHPAD par la PUI avec des contrôles itératifs dont les résultats sont enregistrés sur Blue Medi par le cadre de la PUI</p> <p>Un projet d'acquisition d'automate de préparation de doses rapatrié sur le site de la PUI a été formalisé et transmis à la DGOS en 2018 dans le cadre d'un appel projet avec accompagnement de la société Adopale dans le cadre du GHT Dordogne.</p> <p>L'approvisionnement de l'EHPAD en médicaments et dispositifs médicaux (commande et rangement hebdomadaire des commandes) est assuré par les préparateurs de la PUI et respecte les conditions de stockage et de chaîne de froid</p> <p>Transport logistique assuré par équipe interne du CH et besoins en stupéfiants récupérés par les IDES de l'EHPAD dans des contenants sécurisés fermés par des clips</p> <p>Les erreurs liées au logiciel de prescription ou sa non utilisation par prescripteurs externes, les erreurs d'administrations ou de préparation de doses à administrer font l'objet de signalement sur déclaration d'EI</p> <p>2 audits Interdiag ont été menés sur la structure ainsi qu'une formation aux formes pharmaceutiques à</p>

	destination des professionnels, un 3ieme est programmé sur 2019 ; la prescription est informatisée et les pharmaciens assurent une validation de niveau 2.
--	--

3.2.4.2 - Démarche qualité et gestion des risques - SSIAD

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

SSIAD	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	Remis à chaque début de PEC		Oui utilisé sur le SSIAD PH
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI	Charte PA et charte PH dans le livret d'accueil		Oui utilisé sur le SSIAD PH
Contrat de séjour	OUI un document individuel de PEC	Il définit les droits et les obligations régissant les relations entre les bénéficiaires et le SSIAD, avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent. Les particuliers appelés à souscrire ce contrat sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention. Le contrat de prise en charge est conclu entre : Le SSIAD de Bergerac représenté par : Madame Nathalie GUISIANO, Infirmière Coordinatrice et l'usager		Oui utilisé sur le SSIAD PH
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Questionnaire de satisfaction est envoyé à tous les usagers PH et PA tous les ans		Oui utilisé sur le SSIAD PH
Règlement de fonctionnement	OUI	Remis avec le livret d'accueil		Oui utilisé sur le SSIAD PH
Projet d'établissement	OUI			
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	Projet QGDR 2018/2022 du CHSP Axe 3 « Promouvoir une culture du prendre soin » Charte Droits et libertés de la PA en situation de handicap ou de dépendance Formation annuelle à la bientraitance des agents du SSIAD		SSIAD PH
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Réalisation à 70%	exhaustivité	SSIAD PH
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	Renforcement partenariat EMASP/EMOG/SSIAD Reprise du SSIAD par le CHSP en juillet 2015 Partenariat avec la Promotion santé dans le cadre du pôle Ville Hôpital		SSIAD PH

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>	OUI	Protocole de gestion des EI (Gestion documentaire du CHSP)		SSIAD PH
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	NON		A formaliser suite à l'évaluation interne	
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI	Evaluation externe réalisée à partir des RPP		SSIAD PH
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI	Procédure de traitement des réclamations et des plaintes du CHSP Analyse en CDU		SSIAD PH
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI			SSIAD PH
VOLET MEDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	Juin 2018			SSIAD PH
Livret thérapeutique en place	NA			
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI		Conforter la collaboration avec les partenaires	SSIAD PH
Protocole risque de chute	NON		Fiche d'alerte en partenariat avec l'EMOG dans le projet de service	
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Protocole en place		SSIAD PH
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Evaluation via recueil de données de l'hygiène buccodentaire, procédure en place		SSIAD PH
Prise en charge de la douleur	OUI	Nomination d'un correspondant douleur au SSIAD, participation effective au CLUD		SSIAD PH
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Formation « Accompagnement fin de vie » Intervention EMASP		SSIAD PH
Prise en charge de la dénutrition	Pas d'intervention sur les repas	Regard vigilant et surveillance du poids régulière	Garantir l'effectivité des recommandations du SSIAD auprès des SAD	SSIAD PH
Prise en charge des	OUI	1 agent formé au nursing-touch et		SSIAD PH

troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments		réponse à un appel à projet de la MASIP en cours		
---	--	--	--	--

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : 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 : Patients à domicile, prescriptions par médecins référents, les patients ou leurs familles s'approvisionnent en ville, administration par les IDEL

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>Les traitements sont préparés par les IDEL au regard d'une prescription médicale sur laquelle est précisée que l'administration sera réalisée comme acte de la vie courante. A ce titre l'aide-soignant réalise l'aide à la prise.</p> <p>L'aide-soignant vérifie la présence d'une ordonnance et fait le lien avec l'IDEC si anomalie.</p> <p>Le SSIAD participe à la sécurisation du circuit du médicament (ex : Achat d'une boîte à médicament sécurisée)</p> <p>Des DEI sont réalisées si une erreur médicamenteuse est constatée, pour mise en place d'un plan d'action personnalisé engageant les acteurs présents dans la PEC</p>

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD « Au Jardin d'Antan »

Nom EHPAD : « Au Jardin d'Antan »				
Date d'effet de la convention : 1^{er} novembre 2014				
Date de fin de la convention : 31 octobre 2019				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Gouvernance	Mettre en place une gouvernance respectant les spécificités d'un EHPAD dans le cadre d'une gestion hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> - Directions fonctionnelles - Directeur EHPAD - Cadre EHPAD - Médecin coordonnateur 	R/EC	<p>Les mécanismes de la délégation de gestion sont renforcés avec la signature des contrats de pôle fin 2018. Cela permet d'assurer une prise de décision rapide et pertinente en cohérence avec l'institution.</p> <p>Le trio de pôle est en place et des réunions de bureau de pôle permettent de suivre les indicateurs cibles Ils favorisent les décisions organisationnelles au niveau de l'EHPAD afin d'en optimiser l'efficacité :</p> <p>-Nombre de bureaux de pôles : 2 depuis la signature des contrats.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Staff d'équipe pluridisciplinaire mensuel pour les étages et bi-mensuel pour le RDC. - 1 réunion annuelle de service - Participation du cadre de santé aux transmissions paramédicales journalières. - Le réorganisation de l'équipe du bio-nettoyage est finalisée (oct 2018) - Le projet sur les organisations IDE est en cours.
	<p>Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance. Formation Alzheimer. Respect de la vie privée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes soignantes - Plan de formation Alzheimer, humanitude, douleur 	R	<p>Les équipes ont été formées à l'humanitude (cf. plan de formation). Un référent IDE « humanitude » est en place. Un staff bimensuel est réalisé pour les résidents de l'unité sécurisée.</p> <p>29 filtres occultant ont été mis en place sur les fenêtres des résidents du RDC (soit 30 chambres concernées).</p> <p>Une signalétique sur les portes des résidents est opérationnelle lors des soins sous la forme de pancartes.</p>
	<p>Mise en place atelier mémoire par l'animatrice, hors unité fermée, avec encadrement de la psychologue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes soignantes, bénévoles, animatrice 	EC	<p>L'animatrice de l'EHPAD organise des ateliers une fois par semaine. Toutes les activités proposées à l'animation de l'EHPAD sollicitent, d'une façon ou d'une autre (court et long terme), la mémoire: se souvenir d'une recette, reproduire une consigne, réitérer un acte appris dans le temps, etc.</p> <p>Il y a cependant des ateliers intitulés « jeux mémoire » qui sont proposés régulièrement sur l'année : de 1 à 5 par mois en fonction des autres activités (en général 2 par mois). Leur durée est d'environ 1h30 avec des pauses goûter ou boisson et ils ont lieu en grande majorité dans le hall de l'EHPAD, les après-midi à partir de 14h30-15h.</p> <p>Assez régulièrement le jeu du baccalauréat est utilisé. De nombreuses thématiques deviennent des occasions de faire travailler la mémoire, avec parfois des contraintes qui permettent d'affiner les recherches (trouver des noms de végétaux commençant par la lettre R, par exemple). L'animatrice utilise souvent les moments « phare » de l'année pour organiser sa séance (le printemps, le carnaval, etc). Elle dispose également de plusieurs supports lui permettant de varier ses « jeux mémoire ». On remarque un intérêt croissant de la part des résidents pour cet atelier.</p> <p>En 2015 : 24 ateliers « jeux mémoire » se retrouvent sur le planning annuel de l'animation. En 2016 : (non comptabilisés pour l'instant) En 2017 : 20 ateliers</p>

				<p>En 2018 : 35 ateliers</p> <p>La contribution de la psychologue reste à être confortée :</p> <p>Depuis 2015 plusieurs MMSE ont été réalisés chaque année mais davantage à la demande des résidents, des familles et de l'équipe médicale. A ce jour il n'y a pas de fiche d'intervention spécifique ni de suivi bien qu'une volonté soit présente de mettre en place des évaluations plus régulières.</p>
Gestion interne et management	Maintenir la construction du budget prévisionnel dans un objectif permanent de recherche d'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> - Communication des données GRH - Outils de suivis informatisés - Tableaux de suivis internes - Gestion des carrières - Réservation des lits chaque fois que possible - Mutualisation des moyens du pôle gériatrique et hospitalier 	R	<p>Un tableau de suivi des effectifs est renseigné et mis à jour mensuellement par le cadre de santé et le cadre de pôle. Il permet une analyse en continu du budget RH et d'ajuster les recrutements. L'auto-remplacement pour absentéisme est optimisé en ce qui concerne les remplacements de courte durée. Ceci permet de préserver la qualité des soins (niveau d'expertise).</p> <p>La réservation des places est faite systématiquement sur l'hébergement temporaire.</p> <p>Une procédure d'admission est appliquée sur l'ensemble de l'EHPAD.</p>
	Développer la GPEC sur 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Direction des ressources humaines - Pôle gériatrique 	EC	<p>Projet GPEC en cours d'élaboration, démarche aujourd'hui plus individuelles</p> <p>Le plan de formation est réalisé par pôle avec la participation des cadres de santé. Les choix sont posés de manière stratégique prenant en compte les souhaits des agents et l'adéquation avec le projet de service.</p>
	Envoi du rapport médical à l'ARS selon le modèle défini au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> - Temps consacré à la rédaction du rapport - Mise en place de requêtes pour faciliter le recueil des données informatiques 	EC	<p>Les items du RAMA sont intégrées dans le rapport annuel d'activité du service</p>
Qualité de la prise en charge soignante et accompagnement des résidents	Proposer des repas adaptés	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe restauration, résidents, familles, représentants du personnel, animatrice, cadre, médecin, administration, - Diététicienne, équipe restauration, équipe soignante 	R	<p>Pour tout résident, la texture des repas est évaluée dès son accueil et tout au long de son séjour. La texture des repas est alors prescrite par le médecin coordinateur. La texture mixée est donnée en consigne au référent qualité de la restauration de l'EHPAD pour mise en application.</p> <p>La commission des menus a lieu 1 fois par an.</p> <p>La révision des cycles des menus saisonniers et l'adaptation des mixés du menu du jour est réalisée en collaboration avec la diététicienne. Les menus sont revus sur 2 saisons : menu</p>

				hiver/menu été. Sur chaque saison, le cycle est de 4 semaines.
	Prévention des risques de fugues : identification des personnes à risque	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des sorties - Sécurisation des issues non surveillées - Digicode à l'unité protégée - Photo des résidents avec leur fiche individuelle descriptive 	R	<p>La liste des personnes à risque de fugue est réalisée et réajustée. Elle est connue de l'ensemble des agents de l'EHPAD.</p> <p>La sécurisation des issues non surveillées est inscrite au projet médico-soignant 2018-2022.</p> <p>L'entrée de l'unité protégée est sécurisée par un DIGICODE.</p> <p>Il existe un fichier informatique comprenant les photos des résidents. Il est à disposition des agents sur les postes d'accueil, IDE, cadre de santé et médecin coordonnateur.</p>
	Formalisation des partenariats	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction des conventions - Rencontres régulières avec les professionnels - Communication des données inter-structures 	R R R EC EC	<p>Promotion du repérage de la fragilité au sein de l'EHPAD et l'ADJ</p> <p>L'EHPAD est représenté et participe aux actions menées dans le cadre du regroupement « EHPAD RESSOURCE »</p> <p>L'EHPAD participe à des actions en collaboration avec les partenaires du territoire : Ex : Journée des Aidants en oct 2018.</p> <p>L'EHPAD participe à la mise en place de la télémédecine avec un regroupement d'EHPAD (porteur EHPAD de MUSSIDAN)</p> <p>La collaboration sur des projets est effective, notamment avec l'EHPAD de la Madeleine : Accueil de jour itinérant en cours de réalisation.</p>
Inscription dans une dynamique territoriale	Contribuer au maintien à domicile : optimiser l'Accueil de jour et l'hébergement temporaire	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une plaquette - Réunion d'information - Rencontre avec les professionnels - Commission de coordination gériatrique - Affectation d'une chambre en unité protégée - Protocole d'admission - Appel systématique pour confirmation de séjour 	R	<p>L'hébergement temporaire est optimisé. Une chambre est affectée en unité protégée (lit de répit).</p> <p>Un protocole d'admission en hébergement temporaire en unité protégée est en place.</p> <p>Réduction de la durée de séjour et relance auprès des familles pour connaître la situation en fin de séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un contrat est signé pour 15 jours par le résident sur le lit de répit - un contrat est signé pour 1 mois sur les 4 lits du secteur ouvert. <p>Tous deux renouvelables (3 mois dans l'année civile au maximum).</p> <p>Taux d'occupation de l'hébergement temporaire depuis 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2015 : 77.27% - 2016 : 77.38% - 2017 : 78.14% - 2018 : 61.26% <p>Concernant la durée de séjour (données</p>

			issues du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, indicateur 2 Pr 6.5) : - 2015 : 361.72 jours en moyenne pour 88 patients sortis définitivement - 2016 : 476.38 jours en moyenne pour 100 patients sortis définitivement - 2017 : 463.79 jours en moyenne pour 104 patients sortis définitivement Ces durées de séjours ne sont pas très élevées car ces moyennes intègrent les durées de séjour de l'hébergement temporaire et l'accueil de jour et non pas uniquement l'hébergement à temps complet.
--	--	--	--

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - SSIAD

NON CONCERNE

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 ?

EHPAD : consolidation et pérennisation de l'équipe d'IDE de nuit déployée sur 4 EHPAD, dont le Jardin d'Antan

SSIAD : Etudier la possibilité d'ouverture de places PA supplémentaires car la liste d'attente comprend 5 usagers a minima

- 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) ?

EHPAD : Projet ADJ Itinérant en cours

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

Projet d'ouverture d'accueils de nuit (pas en place à ce jour)

5. INTEGRATION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES - SSIAD PH

Etat des lieux des objectifs issus des orientations stratégiques déjà réalisées dans les ESMS

Axes 1 à 4	Actions réalisées	Commentaires
Axe 1 : garantir l'accompagnement favorisant l'inclusion (virage inclusif)		A développer dans le cadre du COS 2018-2028
Axe 2 : favoriser une approche populationnelle par type de handicap		A développer dans le cadre du COS 2018-2028
Axe 3 : contribuer à la	Transfert de place	Procédure d'accueil dérogatoire de patients PH réalisé à 2

démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous »	PA ➡ PH	reprises depuis 2015
<p>Axe 4 : maintenir une gestion performante et un management de qualité</p>	<p>Le SSIAD fait partie du pôle Ville-Hôpital.</p> <p>Un suivi des tableaux de bord est réalisé mensuellement par le Directeur référent du pôle et le CSS.</p> <p>Le management de proximité est efficient. Il favorise l'interaction entre les professionnels. Il permet de promouvoir le projet de service et le projet d'établissement. Il donne du sens aux interventions auprès des usagers.</p> <p>Plan de formation réalisé par pôle.</p> <p>Participation des agents aux journées à thème</p>	<p>Les mécanismes de la délégation de gestion sont renforcés avec la signature des contrats de pôle fin 2018. Cela permettra d'assurer une prise de décision rapide et pertinente en cohérence avec l'institution.</p> <p>Ces tableaux permettent le suivi des indicateurs clefs du pôle (activité, RH, finances, qualité...).</p> <p>Staff IDEC / équipe cadre 1x/semaine Staff IDEC / AS Référent et Cadre une fois par semaine Staff d'équipe journalier. Efficacité des interactions entre les acteurs CDS IDEC AS réf et équipe Efficacité entre les Partenaires (IDEL) et IDEC Rencontre annuelles avec les partenaires.</p> <p>Le plan de formation prend en compte les souhaits des agents qu'il met en adéquation avec le projet de service et d'établissement. Une formation en intra sur les transmissions ciblées a été réalisée en 2018. Le SSIAD étant rattaché au CHSP, les agents bénéficient de l'ensemble des actions menées par la QGDR (mois thématiques, formations internes...)</p>

ANNEXE 2 : EHPAD Fiches actions Axe 1 à 5

EHPAD		
AXE 1 : Parcours et Coordination		
Fiche Action N° 1 Maintenir la personne âgée dans son lieu de vie		
Constat du diagnostic	<p>Fin de vie : Le taux de décès de résidents à l'EHPAD est de 93,79% (soit 11 résidents décédés en milieu hospitalier). Les recours à l'EMASP (12 interventions sur l'ehpad) et au HAD (aucune intervention) sont à conforter pour réduire le taux d'hospitalisation et promouvoir le maintien du résident dans son lieu de vie. Altération aigüe de l'état de santé du résident : 30,14% des résidents de l'EHPAD ont été hospitalisés en 2018 (ce qui représente 63 résidents). Maintien de l'autonomie: aucun programme de prévention n'est dispensé par l'EHPAD, L'ouverture sur la ville et le soutien des aidants sont des leviers à explorer</p>	
Objectif stratégique	Améliorer la coordination avec les partenaires et les usagers	
Description de l'action	Action 1 Formaliser des procédures de collaboration et de prise en charge avec l' HAD et l'EMASP	1er semestre 2020
	Action 2 Améliorer le travail en réseau avec la PTA et les autres partenaires du territoire: SSIAD, CCAS, SAD	dernier semestre 2019
	Action 3 Généraliser les formations des équipes de l'EHPAD à la Fin de vie / douleur	Action en continu, démarrage 2019
	Action 4 Promouvoir la rédaction de prescriptions anticipées (document type à créer), s'appuyer sur la présence des IDE de nuit	Action en continu, démarrage 2022
	Action 5 Organiser des staffs mensuels pluridisciplinaires autour de la fin de vie	2020
	Action 6 Proposer des actions de prévention aux usagers du territoire	Action en continu sur les 5 ans
Calendrier	sur 5 ans	
Moyens mis en œuvre	<p>Conventionnements Groupe projet constitué de professionnels pluridisciplinaires (Cadre, IDE, AS, ASH, médecins traitants, médecin co, IDE EMASP, HAD, psychologue) Présence de l'entourage du résident lors des situations de fin de vie Ouverture de l'EHPAD sur la ville (ex: temps d'échange dédié, mise en place d'un programme de prévention des chutes ouvert sur la ville)</p>	
Identification des acteurs à mobiliser	Trio de pôle, professionnels soignants de l'EHPAD, médecins traitants, médecin co, PTA, IDE EMASP, Kinés, HAD, psychologue, service formation, qualité, direction des soins, cadre de santé du SSIAD, usagers	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Action 1: Nombre de demandes émises et interventions EMASP/HAD: 15 demandes HAD, 20 demandes EMASP. Nombre de procédures de collaboration réalisées: 4 (PEC de la douleur, Soins palliatifs, antibiotiques, pansements complexes) Action 2: Taux de bénéficiaires ayant fait un séjour en hébergement temporaire et maintenus à leur domicile : 80% Action 3: Taux de personnels formés à la fin de vie et à la douleur: 90% Action 4: Taux de médecins ayant réalisés des prescriptions anticipées: 100% Action 5: Nombre de staffs réalisés: 12 staffs annuels Action 6: Nombre d'actions de prévention réalisées, destinées aux usagers du territoire: 3 par an</p>	
Points de vigilance	Capacité des équipes à gérer le deuil, disponibilité du HAD, coordination avec les partenaires, implication du médecin co dans le déploiement des prescriptions anticipées	
Bonnes pratiques à promouvoir	Culture palliative, accompagnement fin de vie, travail en partenariat, complémentarité des acteurs, humanité	
Perspectives d'amélioration	Accompagnement du résident jusqu'au bout, besoins des résidents satisfaits	
Pilote de la fiche	Directeur du pôle gériatrique, cadre supérieur de santé, cadre de santé EHPAD, médecin coordonnateur ou chef de pôle	

EHPAD	
AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION	
Fiche Action N° 1 Proposer une alternative à l'hospitalisation somatique non justifiée	
Constat du diagnostic	<p>Vieillessement marqué de la population : Le Bergeracois présente un vieillissement de la population plus marqué que le reste de la région notamment sur la commune de Bergerac (indice de vieillissement: 116,9). Sur 26 000 personnes âgées de plus de 65 ans, plus de 4 100 ont au moins 85 ans. Le nombre de personnes de 75 ans ou plus a progressé de 32% les 10 dernières années et 34% vivent seules.</p> <p>Fort taux de passage aux urgences : En 2018, 18,43% des passages aux urgences concernent des patients de + de 75 ans (soit 5398 passages/2018). Leur taux d'hospitalisation (via les urgences) est de 67,89%. La durée moyenne de passage aux urgences des patients de + de 75 ans est largement supérieure aux autres tranches d'âges: 75-79ans: 6h35; 80-84 ans:7h06; 85-89 ans : 8h10; 90-94 ans: 8h33; 95-100 ans: 8h09</p> <p>Les patients en attente de lit d'aval pour des diagnostics en lien avec le besoin d'assistance à domicile ont eu une DMS de 12,4 jours. Cela concerne 200 patients en 2018. La même année, les patients en attente de place dans un établissement adéquat du type SSR, EHPAD, ont eu une DMS de 18,44 jours. Cela concerne 42 patients.</p> <p>Le taux d'occupation de l'accueil temporaire est en baisse (2017 78%, 2018 63%)</p> <p>Le CHSP fait partie de la filière gériatrique du GHT dont l'objectif est d' "améliorer la fluidité du parcours de soin de la personne âgée " .</p>
Objectif stratégique	Favoriser le maintien à domicile des usagers et le répit des aidants
Description de l'action	<p>Action 1 Créer une chambre d'hébergement temporaire d'urgence</p> <p>Action 2 Constituer un COPIL composé des acteurs internes et partenaires externes (pilotage de l'accompagnement de la PA par le gestionnaire de cas)</p> <p>Action 3 Définir un process d'admission (critères d'admission, dossier simplifié d'admission, contrat de séjour, projet de soins, modalités de mise à jour du dossier médical et social)</p> <p>Action 4 : Informer les adresseurs (médecins urgentistes...)</p>
	1er semestre 2021
	2ème semestre 2021
	2022
Calendrier prévisionnel	2021-2022
Moyens mis en œuvre	<p>Création d'une chambre d'hébergement temporaire d'urgence. Les IDE de nuit d'EHPAD sécurisent le dispositif.</p> <p>Révision de la fiche de poste de l'IDE de nuit EHPAD (repérage, planification, fluidité du parcours) et celle de l'IDEC SSIAD (repérage, accompagnement personnalisé et suivi des dossiers...)</p> <p>Ecriture du projet de service.</p> <p>Analyse de l'activité des urgences : patients de + de 75 ans restant aux urgences hors motif médical</p> <p>Réflexion à mener sur les ressources internes pouvant assurer le transport des bénéficiaires (équipe de brancardage, véhicule adapté, ...)</p>
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, MAIA, assistantes sociales, organismes en charge de l'adaptation du logement, médecins traitants, service des urgences, PTA, ARS, SAMU, plateforme d'appui, SSIAD, EMOG
Indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Action 1: Taux d'occupation de l'hébergement temporaire d'urgence: 80%</p> <p>Action 2: Nombre de COPIL réalisés: 4 l'année de la création puis 2 par an</p> <p>Action 3: Nombre de process réalisés: 5</p> <p>Action 4: Taux de participations des médecins hospitaliers aux réunions d'information: 80% des médecins éligibles</p>
Points de vigilance	Procédure d'admission permettant une entrée rapide de l'usager, communication auprès des acteurs internes et externes, modalités de financement, coordination avec les gestionnaires de cas.
Bonnes pratiques à promouvoir	Fluidification des parcours, bienveillance, humanité
Perspectives d'amélioration	Sortir de l'hospitalocentrisme (réduction DMS, hospitalisations évitables, maintenir la PA dans son milieu de vie) Proposer une 2ème chambre relais (selon les résultats des indicateurs d'activité à 3 ans).
Pilote de la fiche	Directeur du pôle gériatrique, cadre de santé EHPAD, cadre supérieur de santé

EHPAD		
AXE 2: REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION		
Fiche Action N°2 : Améliorer l'accès à l'accueil de jour des personnes âgées		
Constat du diagnostic	Le territoire bergeracois est doté de deux accueils de jour : EHPAD de la Madeleine et EHPAD les jardins d'antan. L'accueil de jour des Jardins d'antan est marqué par une sous-activité. Le diagnostic territorial fait apparaître des zones blanches en terme d'offre de répit: ruralité, isolement géographique de la population âgée.	
Objectif stratégique	Favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées, le répit de leurs proches et rompre leur isolement	
Description de l'action	<p>Action 1: Développer l'activité de l'accueil de jour "les jardins d'antan" Ecrire le projet de service (2020) Valoriser la qualité de la prise en charge (2020), Fluidifier le recrutement des bénéficiaires (2019), Déployer un plan de communication (2019), Informer les aidants par la mise en place d'un programme d'information (2019)</p>	
	<p>Action 2: Mettre en place l'accueil de jour itinérant en partenariat avec l'EHPAD de la Madeleine (cible 80% de taux d'occupation à 5 ans)</p>	
	<p><u>Pour les personnes accueillies:</u> Garantir un accompagnement selon les souhaits et les besoins en élaborant un projet de vie personnalisé. Proposer des ateliers de stimulation cognitive. Rompre l'isolement en favorisant les relations sociales. Proposer des activités en fonction du projet personnel dont l'objectif est de maintenir et stimuler l'autonomie. Travailler la motricité et contribuer au bien-être de soi.</p>	2019
	<p><u>Pour les aidants:</u> Offrir aux aidants, un temps de répit. Leur apporter un soutien psychologique. Les accompagner dans leurs questionnements sur l'avenir de leurs proches.</p>	2019
	<p>Mettre en place des actions intergénérationnelles (notamment avec les lycéens du lycée le Cluzaud; ex: stages d'immersion) Organiser le plan de communication</p>	2020
	<p>Mettre en place un projet de formation pour les professionnels</p>	2019
		2019-2024
Calendrier prévisionnel	5 ans du CPOM	
Moyens mis en œuvre	<p>Action 1: ADJ "les Jardins d'antan" Mise en place d'un COPIL ADJ (Directeur du pôle gériatrique, Cadre de santé EHPAD, Cadre supérieur de santé, psychologue ADJ, Médecin cs mémoire, Directeur des finances et de la patientèle)</p>	
	Mise en place du transport des bénéficiaires pour l'ADJ	
	Déploiement d'un programme de communication ADJ : flyers, portes ouvertes	
	Rédaction du projet de service ADJ	
	Formalisation du parcours de soins de la PA (consolidation des liens entre la consultation mémoire, le SSIAD, l'EMOG, la PTA et l'ADJ)	
	Action 2: ADJ itinérant	
	Mise en place d'un COPIL ADJI	
	Elaboration d'une convention de coopération avec l'EHPAD de la Madeline: rédaction du projet de service	
	Identification des lieux d'accueil: Sigoules (lundi, mercredi), Lalinde (mardi, jeudi)	

	<p>Identification des besoins: locaux, transports, matériel, logistique, RH (recrutement de 2 AMP ; 0,20 ETP psychologue et 0,20 ETP ergothérapeute)</p> <p>Etablissement de conventions pour les repas</p> <p>Réalisation de flyers, articles de presse, réunions d'information aux usagers</p> <p>Réalisation d'enquêtes de satisfaction des usagers</p>
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD la Madeleine, Centre hospitalier Samuel Pozzi dont l'EHPAD "les jardins d'antan", lycée le Cluzaud, mairie de sigoulés , traiteur, Associations, usagers, partenaires (MAIA, PTA...)
indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Action 1: Taux d'occupation de l'accueil de jour : 80%</p> <p>Action 2: Taux d'occupation de l'accueil de jour itinérant: 80%</p>
Points de vigilance	Qualité de la collaboration avec les partenaires. Suivi des indicateurs d'activité et de la satisfaction des usagers. Risque routier (cf.transport)
Bonnes pratiques à promouvoir	Co-construction des projets, Bienveillance, Humanité, lien intergénérationnel
Perspectives d'amélioration	Mettre en place un programme d'information pour les aidants.
Pilote de la fiche	Directeur du pôle gériatrique et le cadre de santé EHPAD

EHPAD		
AXE 2: REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION		
Fiche Action N°3: Faciliter l'accès aux soins des résidents des EHPAD par la mise en place de la télémédecine		
Constat du diagnostic	Le territoire Bergeracois souffre d'une pénurie de médecins généralistes et spécialistes. Le territoire est vaste et rural. Le centre hospitalier Samuel Pozzi propose des consultations de médecins spécialistes.	
Objectif stratégique	Améliorer la prise en soins des résidents de l' EHPAD "les jardins d'antan", par une meilleure accessibilité aux consultations spécialisées et par l'efficacité de la coordination des professionnels de santé	
Description de l'action	Action 1: Participer au COPIL (porteur du projet: EHPAD de MUSSIDAN)	juil-05
	Action 2: pour les bénéficiaires: Raccourcir les délais d'obtention d'un RDV Prévenir les hospitalisations inutiles et les passages intempestifs aux urgences Améliorer la qualité de vie Eviter le transport de personnes âgées	2019/2024
	Action 3: Déterminer les spécialités médicales du projet	2019
Calendrier prévisionnel	2019-2024	
Moyens mis en œuvre	Participation active aux COPIL et collaboration avec les partenaires	
	Identification des ressources médicales du CHSP et des besoins des EHPAD de la grappe (spécialités choisies: dermatologie et cardiologie)	
	Mise en place du logiciel PAACO GLOBULE	
	Information des médecins libéraux, des résidents et des familles avec signature de l'accord de télémédecine. Formalisation du processus de prescription. Mise en place de cartes CPS	
	Aménagement des locaux de téléconsultations	
Identification des acteurs à mobiliser	Formation des professionnels	
	ARS, IDE coordinatrice du projet, EHPAD de la grappe, médecins libéraux, médecins spécialistes (dermatologue et cardiologue), informaticiens, IDE, Cadres de santé, usagers	
indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre de réunions du COPIL: 2 Action 2: Nombre de téléconsultations par an Action 3 : Nombre de spécialités médicales: 3	
Points de vigilance	Protection des données, sécurisation du système, inclusion des professionnels médicaux dans le dispositif	
Bonnes pratiques à promouvoir	Bonnes pratiques (utilisation du matériel et transmissions des données) Qualité de la communication avec le patient et entre les professionnels de santé	
Perspectives d'amélioration	Etendre le projet aux consultations de médecine libérale Proposer d'autres spécialités médicales	
Pilote de la fiche	Directeur des ressources financières et de la patientèle, Directeur pôle Personnes âgées et Ville-Hôpital	

EHPAD/SSIAD		
AXE 3 : PREVENTION QUALITE SECURITE DES SOINS		
Fiche Action N° 1 Promouvoir l'autonomie et le bien être des usagers		
Constat du diagnostic	<p>A l'EHPAD, on recense 527 chutes dont 60 % par déplacement, 50 % sur sol glissant/ urine, 83,3 % dont les chaussures sont la cause; 1% lié aux psychotropes, 94 % de démence.</p> <p>Le repérage par les professionnels, nécessite la mise en oeuvre d'un savoir être et d'un savoir faire adaptés.</p> <p>Au SSIAD, il n'existe pas d'actions spécifiques en lien avec le risque de chute</p>	
Objectif stratégique	Prévenir les chutes	
	Action 1 Former les professionnels à la prévention des effets du vieillissement	2021-2024
	Action 2 Déterminer un programme d' action issu de l'analyse EPP des "causes des chutes"	2022
	Action 3 Mettre en place un programme de prévention des chutes ouvert sur la ville (à mettre en lien avec la fiche action Axe 1 n°1)	2023
Calendrier prévisionnel	2021-2024	
Moyens mis en œuvre	<p>Systématisation du repérage des personnes à risque</p> <p>Coopération avec l'IDE repérage des fragilités (EHPAD ressource), CAP DOM, EMOG, Kinés, ergothérapeutes, dentistes, diététicienne</p> <p>Plan de formation commun EHPAD/SSIAD</p> <p>Systématisation des déclarations de chute (analyse conduite en équipe + plan d'action individualisé)</p> <p>Le plan d'action individualisé devra prendre en compte l'ensemble des facteurs afférents au risque de chute: déficiences sensorielles, dénutrition, état bucco-dentaire, ergonomie du lieu de vie</p> <p>Organisation de réunions d'information et de sensibilisation des usagers au risque de chute et au maintien à domicile</p>	
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Médecins co et traitants, équipe soignante, Directeur des soins de la qualité et gestion des risques, Kiné, animatrice, association la belle équipe, opticiens, audioprothésistes, dentistes libéraux, EMOG, EMASP, CAP DOM</p>	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Action 1: Taux de professionnels formés: 90%</p> <p>Action 2: Taux de chutes lors des déplacements: diminution de 20% par an sur 5 ans</p> <p style="padding-left: 20px;">Taux de chutes liées au sol glissant: diminution de 20% par an sur 5 ans</p> <p style="padding-left: 20px;">Taux de chutes liées à la qualité du chaussage: diminution de 20% par an sur 5 ans</p> <p style="padding-left: 20px;">Taux de chutes liées aux troubles cognitifs: diminution de 20% par an sur 5 ans</p> <p>Action 3: Nombre d'actions de prévention hors les murs réalisées: 2 par an</p>	
Points de vigilance	Systématisation des déclarations de chute, coordination des acteurs	
Bonnes pratiques à promouvoir	Prévention/promotion de la santé	
	Autonomisation des résidents/bénéficiaires, sécurité	
Perspectives d'amélioration	Ouvrir le savoir faire acquis sur la ville et aux autres structures d'accueil	
Pilote de la fiche	Cadre de santé EHPAD, SSIAD, CAP DOM	

EHPAD

AXE 3 : PREVENTION QUALITE SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 2 Promouvoir le bon usage du médicament et la prévention de la iatrogénie à l'EHPAD

Constat du diagnostic	Les Résultats de l' INTERDIAG d'avril 2019 pointent : Un problème de sécurité de stockage , Des prescriptions sur un fax non sécurisé Les médecins traitants n'ont pas systématiquement leur code informatique pour prescrire au pied levé 2 circuits de prescriptions coexistent: informatique (gestion PUI), papier (ajustement au pied levé par les IDE)	
Objectif stratégique	Sécuriser le parcours du médicament	
Description de l'action	Action 1 Mettre en place un comité de pilotage sur le circuit du médicament en EHPAD Les axes de travail: prévention du risque iatrogénique, sécurisation de la prescription et de l'administration, sécurisation du stockage	2020
	Action 2 Améliorer les moyens techniques de prescription (CROSSWAY, PACCO) pour les médecins traitants	fin 2019
	Action 3 Sensibiliser les aidants et les résidents au risque iatrogénique	2022
Calendrier	2020-2022	
Moyens mis en œuvre	Audits, analyse, adaptation du logiciel de prescription à la pratique de la ville (CROSSWAY/PACCO), séances d'information aux usagers (ouverture sur la ville) Rédaction de procédures Formation et sensibilisation des professionnels Organisation de temps de concertation entre la pharmacie et les médecins traitants Mise en place d'un logiciel adapté à l'EHPAD ("OSIRIS" ou celui défini par le schéma directeur du GHT)	
Identification des acteurs à mobiliser	Pharmacie (PUI), Directeur des soins de la qualité et gestion des risques, pilote de processus PEC médicamenteuse, médecins traitants, médecin co, cadre de santé, IDE, AS, usagers	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre de réunion COPIL réalisées: 3 par an Action 2: Taux de prescriptions médicales conformes: 100% Nombre de DEI en lien avec le circuit du médicament: 2 maximum Action 3: Nombre de réunions réalisées avec les aidants et les résidents : 3 par an Nombre de repérages d'automédications: 0	
Points de vigilance	Circuit de la prescription, préparation, stockage, distribution, administration, analyse des risques (AMDEC: analyse des modes de défaillances de leurs effets et criticité), formation/vigilance des professionnels acteurs du circuit, participation de l'ensemble des acteurs au COPIL,	
Bonnes pratiques à promouvoir	Amélioration des outils organisationnels, de la gestion documentaire (réglementation, protocoles, notes de services), sensibilisation des soignants au risque / prévention des erreurs, bonnes pratiques de prescriptions par les médecins traitants	
Perspectives d'amélioration	Performance du circuit du médicament en EHPAD	
Pilote de la fiche	Médecin coordonnateur, cadre de santé EHPAD, cadre supérieur de santé	

EHPAD/SSIAD		
AXE 4 : PERSONNALISATION ET ACCOMPAGNEMENT		
Fiche Action N° 1 : Ancrer le sens du travail des soignants exerçant en EHPAD et au SSIAD, dans la culture de bientraitance		
Constat du diagnostic	Le contexte d'exercice auprès d'une population vulnérable nécessitant des soins au long court et le turnover des personnels sur l'ehpad, nécessitent de garantir une acculturation rapide des nouveaux agents à la bientraitance	
	Le contexte d'exercice est difficile et soumis à un manque d'attractivité. La situation de l'emploi sur le territoire est tendue sur les postes soignants (pénurie de professionnels diplômés, refus de CDI, turnover important avec un faible engagement des professionnels, amenant une ancienneté faible, problématique de fidélisation)	
	En terme de qualité de vie au travail: une désaffection du métier, absentéisme, AT	
Objectif stratégique	Maintenir la dynamique de promotion de la bientraitance	
Description de l'action	Action 1 Mettre en place un COPIL "Bientraitance" multi acteurs (à mettre en lien avec le groupe éthique de l'établissement)	2021
	Action 2 Former l'ensemble des professionnels aux bonnes pratiques	2020-2024
	Action 3 Créer des temps de partage autour de la bientraitance et exploiter les retours d'expérience post formation	2022
	Action 4 Déployer des groupes d'analyse de pratique	2022
Calendrier prévisionnel	2021-2024	
Moyens mis en œuvre	Développement des toilettes évaluatives (cf.humanitude) Audit sur la bientraitance Staff (thème: bientraitance) Formation et information en interne par le biais des staffs Constitution de groupes de travail Formalisation et mise en oeuvre des actions choisies Mise en place de la méthode SMAF Reconduction de la chambre de simulation du handicap (Action de la promotion/prévention en santé) Adaptations des recrutement aux besoins des usagers	
Identification des acteurs à mobiliser	Directeur des soins, Cadre de santé, cadre supérieur de santé du pôle PA, Directeur référent du pôle PA, DRH, médecin co, professionnels de l'EHPAD/SSIAD, EMOG, SAD, libéraux, service qualité, membre du groupe éthique du CHSP/GHT, service formation, représentants des usagers	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre réunions du COPIL réalisées: 3 par an Action 2: Taux de professionnels formés sur le thème de la bientraitance: 90% Taux de projets de vie personnalisés réalisés: 100% Action 3: Nombre de staffs et de retour d'expérience traitant de la bientraitance: 4 par an Action 4: Nombre de réunions d'analyse de pratique réalisées: 3 par an	
Points de vigilance	Suivi de la formation, mise en place de procédures et information des nouveaux agents	
Bonnes pratiques à promouvoir	Humanitude, communication, bien-être des résidents et des professionnels, autonomisation des résidents, culture du signalement, promotion de la place des usagers, valorisation d'un positionnement professionnel "juste-distant"	
Perspectives d'amélioration	Promotion d'une démarche éthique par l'inclusion des acteurs du domicile et des usagers. Faire de l'EHPAD un établissement de référence (concept d'humanitude)	
Pilote de la fiche	Cadre supérieur de santé, Cadre de santé EHPAD, SSIAD,	

EHPAD		
AXE 5 : Performance et management de la qualité		
Fiche Action N° 1 Valoriser l'exercice professionnel en EHPAD		
Constat du diagnostic	Le contexte d'exercice est difficile et soumis à un manque d'attractivité. La situation de l'emploi sur le territoire est tendue sur les postes soignants (pénurie de professionnels diplômés, refus de CDI, turnover important avec un faible engagement des professionnels, amenant une ancienneté faible, problématique de fidélisation) En terme de qualité de vie au travail: une désaffection du métier, un taux d'absentéisme important, AT	
Objectif stratégique	Améliorer l'attractivité et la fidélisation des professionnels exerçant à l'EHPAD et au SSIAD	
Description de l'action	Action 1 Renforcer la visibilité des postes à pourvoir (ex: affichage sur sites de recrutements)	2023
	Action 2 Promouvoir les démarches innovantes Rendre attractifs les métiers du grand Age (portes ouvertes, forum ...), recours aux contrats en alternance, notamment contrat apprentissage.	2023
	Action 3 Accompagner la professionnalisation auprès du sujet âgé (évolution professionnelle : Permettre aux agents de monter en compétences, identifier les salariés ayant une volonté de se qualifier, VAE, tutorat)	2020
	Action 4 Agir sur la pénibilité du travail en EHPAD et au SSIAD	2023-2024
Calendrier prévisionnel	2023-2024	
Moyens mis en œuvre	Déploiement de la démarche GPEC Analyse de l'évolution de la typologie des résidents (médecin/cadre) Plan pluriannuel de formation sur 5 ans Finalisation de l'ensemble des fiches de poste Formation d'un animateur PRAP Analyse des situations dangereuses et mise en place de pistes d'amélioration Campagne de sensibilisation des professionnels à la vaccination pour les prémunir contre un risque professionnel en leur assurant, par cet acte de prévention primaire, une protection individuelle et éviter qu'ils ne contaminent leur entourage et les patients dont ils ont la charge (vaccination « altruiste » visant à prévenir une infection associée aux soins).	
Identification des acteurs à mobiliser	Cadre de santé EHPAD, agents, DRH, service formation, cadre supérieur de santé, Directeur des Soins	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Taux de recrutements réalisés via les réseaux rattachés à l'emploi: 10% Action 2: Nombre de portes ouvertes/forum réalisés: 1 par an Action 3: Taux de formation continue des professionnels : 90% Nombre d'agents ayant suivi un parcours de promotion professionnelle: 15 sur 5 ans Action 4: Nombre d'actions mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail: < 2 par an Nombre d'accidents du travail: < 2 par an Nombre de DEI en lien avec les conditions de travail: < 2 par an	
Points de vigilance	Recrutement, coordination des besoins avec le plan de formation institutionnel, choix des métiers, coût des métiers	
Bonnes pratiques à promouvoir	Bon salarié au bon poste, bien être au travail, QVT	
Perspectives d'amélioration	Baisse de l'absentéisme et satisfaction des agents	
Pilote de la fiche	Cadre supérieur de santé, Cadre de santé EHPAD/ SSIAD	

ANNEXE 2 : SSIAD Fiches actions Axe 1 à 4

SSIAD		
AXE 1 : Fluidification et sécurisation du parcours des usagers		
Fiche Action N°1: Garantir la sécurisation de la prise en charge du bénéficiaire tout au long de son parcours ville-hôpital		
Constat du diagnostic	Défaut d'information sur le devenir du patient hospitalisé (entrée/sortie), absence de fiche de liaison, absence de lisibilité concernant le parcours des bénéficiaires. Cela traduit un défaut de coordination entre les professionnels hospitaliers et les acteurs du domicile.	
Objectif stratégique	Améliorer la coordination entre les professionnels hospitaliers et le SSIAD	
Description de l'action	Action 1: Mettre en place un COPIL pour asseoir la formalisation des procédures de collaboration: SSIAD, professionnels libéraux, clinique Pasteur, CH Périgueux, cadres de santé CHSP, Directeur référent, SAD...)	2021
	Action 2: Communiquer les critères d'éligibilité "SSIAD" aux services d'hospitalisation	2020
	Action 3: Déployer PAACO afin d'améliorer la transmission des données du bénéficiaire entre les acteurs pluriprofessionnels (SSIAD, médecins traitants, IDE libérales, SAD...)	2020-2024
Calendrier prévisionnel	2019-2024	
Moyens mis en œuvre	Renforcement du rôle de l'IDEC dans l'organisation du parcours des bénéficiaires (conforter la présence de l'IDEC sur le terrain: évaluation, communication...) Renforcement de la culture de déclaration des événements indésirables au SSIAD Analyse des DEI en lien avec les bénéficiaires du SSIAD (ex: rupture de parcours, manque de coordination...) et mise en place d' un plan d'actions. Enrichissement des checks listes de sortie existantes sur l'établissement (présence de critères de PEC SSIAD) Rencontres, réunions, supports de communication	
Identification des acteurs à mobiliser	IDEC SSIAD, Cadres, juriste, Assistantes sociales, professionnels libéraux	
indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre de réunions du COPIL : 2 par an	
	Action 2: Taux des services d'hospitalisation informés des critères d'éligibilité SSIAD: 100% Nombre de DEI en lien avec un défaut de coordination entre le SSIAD et les partenaires hospitaliers et libéraux: 12 par an puis diminution de 20% tous les ans	
	Action 3: Taux de déploiement de PAACO: 100% des services du CHSP d'ici 2024	
Points de vigilance	Exhaustivité des fiches de liaison, utilisation exhaustive de PAACO par l'ensemble des acteurs du domicile	
Bonnes pratiques à promouvoir	culture du partage d'information et de la coordination interstructure (privé/public/professionnels/usagers), engagement des acteurs	
Perspectives d'amélioration	Baisse des DEI / satisfaction des bénéficiaires	
	Exhaustivité de saisi des données médico-sociales favorisant la fluidité du parcours de l'utilisateur (PAACO)	
Pilote de la fiche	Directeur du pôle gériatrique et Ville-Hôpital, Cadre supérieur de santé, Cadre de santé SSIAD	

SSIAD		
AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations		
Fiche Action N° 1: Formaliser le partenariat avec le service d'aide à domicile en vue d'améliorer la coordination de la prise en charge des bénéficiaires		
Constat du diagnostic	Défaut de collaboration et de coordination entre le SSIAD et les services d'aide à domicile. Les plannings d'intervention ne sont pas coordonnés (passages journaliers distincts). Il n'existe pas d' interventions conjointes. Les supports de liaison sont multiples (1 support SSIAD, 1 support SAD). Le conventionnement entre les structures est récent. Il convient de le faire vivre.	
Objectif stratégique	Favoriser la coordination entre le SSIAD et le SAD au service des bénéficiaires et de leur entourage.	
Description de l'action	Action 1: Créer un COFIL composé des acteurs de terrains SAD, SSIAD, bénéficiaires, famille	2020
	Action 2: Rédiger des conventions de partenariat avec les SAD	2020
	Action 3: Organiser les interventions concertées (le planning des interventions, l'articulation des passages journaliers, l'organisation des interventions conjointes, le suivi du dossier de liaison à domicile)	2020
	Action 4 : labelliser et convention avec l'ARS et le CD pour un SPASAD (cf note d'information n°DGCS/3A/CNSA/2019/192 du 30 août 2019 relative aux modalités de prolongation de l'expérimentation" SPASAD intégrés" prévue par l'article 61 de la loi OTSS	2020-2021
Calendrier prévisionnel	2019-2024	
Moyens mis en œuvre	Mise en place du logiciel PAACO et télégestion	
	Temps de conception et de coordination	
	Staffs mensuels	
	Projet de formation coordonné (manutention, risque routier, AFGSU...)	
Identification des acteurs à mobiliser	SAD /SSIAD/ Bénéficiaires/Famille	
indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre de réunions de COFIL: 2 par an	
	Action 2 : Taux de de conventions de partenariat avec les SAD : 100 %	
	Action 3 : Taux d'interventions concertées SSIAD/SAD: 95% des usagers bénéficiant des 2 services Nombre de réunions de concertation SSIAD/SAD: 9 par an	
	Action 4 : signature CPOM SPASAD	
Points de vigilance	Efficience de la communication	
Bonnes pratiques à promouvoir	Bientraitance	
	Bonnes pratiques manutention	
	Promouvoir la concertation et la collaboration interdisciplinaire	
Perspectives d'amélioration	Projets personnalisés exhaustifs et partagés	
	Réalisation d'un projet de service SPASAD	
	Déploiement d'un questionnaire de satisfaction commun	
	Formations coordonnées (bientraitance, manutention, écrits professionnels) Livret d'accueil commun	
Coût financier	Coût des formations (le plan de formation devra être prévu en COFIL pour satisfaire les besoins de chacun (co-construction); Coût des logiciels (PAACO, MENESTREL)	
Pilote de la fiche	Directeur référent pôle ville-Hôpital, Cadre de santé SSIAD	

SSIAD

AXE 3 : Prévention, Qualité, Sécurité des soins

Fiche Action N° 1 : Sécuriser le recueil et la transmission des données du dossier patient

Constat du diagnostic	Le support de communication est écrit. Il n'est pas partagé et manque d'exhaustivité(Absence de dossier de soins informatisé, perte de données, pas de transmission en temps réel, pas d'accès aux dossiers des bénéficiaires par les AS en temps réel).	
Objectif stratégique	Améliorer la transmission des données entre les professionnels du domicile (données relatives à la PEC des bénéficiaires)	
Description de l'action	<p>Action 1: Déployer le logiciel PAACO</p> <p>Action 2: Former les professionnels aux logiciels</p>	2020-2024
Calendrier prévisionnel	2019-2024	
Moyens mis en œuvre	Installation des logiciels : Mise en place d'un logiciel de télégestion (option télégestion sur le logiciel MENESTREL déjà en place) Formation des agents <u>Information et formation des partenaires</u>	
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des finances, Service Informatique du CHSP, SSIAD, SAD, Médecins et IDE libéraux	
indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Action 1: Taux de déploiement de PAACO: 100% des services du CHSP d'ici 2024</p> <p>Action 2: Taux de professionnels formés: 90% dont 100% des agents du SSIAD</p>	
Points de vigilance	Délai de mise en œuvre du logiciel, capacité financière (coût du logiciel), Utilisation de PAACO par les partenaires, Exhaustivité des données transmises	
Bonnes pratiques à promouvoir	Confidentialité, exhaustivité des transmissions,	
Perspectives d'amélioration	<p>Gain de temps dans la gestion des dossiers des bénéficiaires</p> <p>Amélioration de la PEC globale et coordination des acteurs pluriprofessionnels</p> <p>Exhaustivité du recueil d'activité des agents</p>	
Pilote de la fiche	Directeur référent pôle ville-Hôpital, Directeur des finances et de la patientèle	

SSIAD		
AXE 4 : Personnalisation de l'accompagnement		
Fiche Action 1 : Etayer la démocratie sanitaire pour une meilleure adéquation des prestations au service des bénéficiaires		
Constat du diagnostic	Il n'existe pas de temps d'échange formalisé. Défaut de communication et de concertation entre le SSIAD et les bénéficiaires. Cela induit des insatisfactions se manifestant par des appels téléphoniques récurrents des bénéficiaires à l'IDEC (insatisfaction exprimée concernant les horaires de passage, confirmée par l'analyse des questionnaires de satisfaction). Les bénéficiaires méconnaissent le rôle de l'IDEC. Il n'y a pas d'espace de parole dédié aux aidants.	
Objectif stratégique	Mieux répondre aux besoins et aux attentes des bénéficiaires et de leur entourage.	
Description de l'action	Action 1: Créer un comité de démocratie sanitaire (usagers, professionnel SSIAD/ SAD/ Représentant des usagers, familles)	2021
	Action 2: Organiser des rencontres thématiques favorisant les échanges et la participation des bénéficiaires	2020
	Action 3: Mettre en place un groupe de parole des aidants	2022
Calendrier prévisionnel	2020-2023	
Moyens mis en œuvre	Mobilisation des bénéficiaires	
	Déploiement d'enquêtes de satisfaction distinctes (Familles/bénéficiaires)	
	Analyse des motifs d'insatisfactions des bénéficiaires et mise en place d'un plan d'actions	
	Temps de sensibilisation et d'information avec les usagers autour des bonnes pratiques et de la prévention/promotion du maintien à domicile (ex: stratégies de répit)	
Identification des acteurs à mobiliser	cadre de santé SSIAD, cadre supérieur de santé, IDEC, Service qualité, agents du SSIAD, Bénéficiaires, Familles, professionnels du domicile (libéraux, associations)	
indicateurs de suivi et d'évaluation	Action 1: Nombre de réunions du comité de démocratie sanitaire : 2 par an	
	Action 2: Nombre de rencontres à thème organisées avec les bénéficiaires du SSIAD : 2 par an	
	Action 3: Nombre de réunions du groupe de parole : 10 par an	
Points de vigilance	Veiller à maintenir une dynamique participative	
	Mobilisation des usagers, capacité de déplacements aux rencontres organisées	
Bonnes pratiques à promouvoir	Ecoute active/ bienveillance/respect de l'autre	
Perspectives d'amélioration	Construction tri partite (bénéficiaires/aidants/SSIAD) du projet personnalisé	
Pilote de la fiche	Directeur du pôle VILLE HOPITAL, cadre supérieur de santé, cadre de santé SSIAD	

ANNEXE 4 : Synthèse Fiches actions

AXE	OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES	
				Calendrier						
				N / 2020	N+1	N+2	N+3	N+4		
EHPAD AXE 1 Parcours et Coordination	Fiche action n° 1 : Maintenir la personne âgée dans son lieu de vie									
	Action 1 : Formaliser des procédures de collaboration et de prise en charge avec l'HAD et l'EMASP	- Nombre de demandes annuelles d'interventions EMASP/HAD - Nombre de procédures de collaboration réalisées (PEC de la douleur, Soins palliatifs, antibiotiques, pansements complexes)	- 15 HAD, 20 EMASP - 4	30% 50%	50% 100%	70% 70%	90% 90%	100% 100%		
	Action 2 : Améliorer le travail en réseau avec la PTA et les autres partenaires du territoire (SSIAD, CCAS, SAD)	Taux de bénéficiaires ayant fait un séjour en hébergement temporaire et maintenus à leur domicile	80 %	30%	50%	70%	90%	100%		
	Action 3 : Généraliser les formations des équipes de l'EHPAD à la Fin de vie / douleur	Taux de personnels formés à la fin de vie et à la douleur	90%	30%	50%	70%	90%	100%		
	Action 4 : Promouvoir la rédaction de prescriptions anticipées (document type à créer), s'appuyer sur la présence des IDE de nuit	Taux de médecins ayant réalisés des prescriptions anticipées	100%			30%	60%	100%		
	Action 5 : Organiser des staffs mensuels pluridisciplinaires autour de la fin de vie	Nombre de staffs réalisés	12 staffs annuels	50%	100%					
	Action 6 : Proposer des actions de prévention aux usagers du territoire	Nombre d'actions de prévention réalisées, destinées aux usagers du territoire	3 par an	30%	50%	70%	90%	100%		
EHPAD AXE 2 Repositionnement de l'offre et innovation	Fiche action n° 1 : Proposer une alternative à l'hospitalisation somatique non justifiée									
	Action 1 : Créer une chambre d'hébergement temporaire d'urgence	Taux d'occupation de l'hébergement temporaire d'urgence	80 %				50%	100%		
	Action 2 : Constituer un COPIL composé des acteurs internes et partenaires externes (pilotage de l'accompagnement de la PA par le gestionnaire de cas)	Nombre de COPIL réalisés	4 l'année de la création puis 2 par an	100%	100%	100%	100%	100%		
	Action 3 : Définir un processus d'admission (critères d'admission, dossier simplifié d'admission, contrat de séjour, projet de soins, modalités de mise à jour du dossier médical et social)	Nombre de process réalisés	5	30%	60%	100%				
	Action 4 : Informer les adresses (médecins généralistes, urgentistes...)	Taux de participations des médecins hospitaliers aux réunions d'information	80% des médecins éligibles			100%		100%		
	Fiche Action N°2 : Améliorer l'accès à l'accueil de jour des personnes âgées									
	Action 1 : Développer l'activité de l'accueil de jour "Les jardins d'antan" Ecrire le projet de service (2020) Valoriser la qualité de la prise en charge (2020). Fluidifier le recrutement des bénéficiaires (2019). Déployer un plan de communication (2019). Informer les aidants par la mise en place d'un programme d'information (2019)	Taux d'occupation de l'accueil de jour	80%	30%	60%	90%	100%			
	Action 2 : Mettre en place l'accueil de jour itinérant en partenariat avec l'EHPAD de la Mablérierie (cible 80% de taux d'occupation à 5 ans) Pour les personnes accueillies: Garantir un accompagnement selon les souhaits et les besoins en élaborant un projet de vie personnalisé. Proposer des ateliers de stimulation cognitive. Rompre l'isolement en favorisant les relations sociales. Proposer des activités en fonction du projet personnel dont l'objectif est de maintenir et stimuler l'autonomie. Travailler la motricité et contribuer au bien-être de soi. Pour les aidants : Offrir aux aidants, un temps de répit. Leur apporter un soutien psychologique. Les accompagner dans leurs questionnements sur l'avenir de leurs proches	Taux d'occupation de l'accueil de jour itinérant	80%	30%	60%	90%	100%			
	Mettre en place des actions intergénérationnelles (notamment avec les lycéens du lycée le Cluzaud, ex stages d'immersion) Organiser le plan de communication Mettre en place un projet de formation pour les professionnels			2020	2019					
	2019-2024									
Fiche action n°3: Faciliter l'accès aux soins des résidents des EHPAD par la mise en place de la télé-médecine										
Action 1 : Participer au COPIL (porteur du projet EHPAD de MUSSIDAN)	Nombre de réunions du COPIL	2	100%	100%	100%					
Action 2 : pour les bénéficiaires: Raccourcir les délais d'obtention d'un RDV Prévenir les hospitalisations inutiles et les passages intempestifs aux urgences Améliorer la qualité de vie Eviter le transport de personnes âgées	Nombre de téléconsultations par an	80	60	30%	50%	70%	90%	100%		
Action 3 : Déterminer les spécialités médicales du projet	Nombre de spécialités médicales	3	100							
EHPAD / SSIAD AXE 3 Prévention Qualité Sécurité des Soins	Fiche Action n° 1 : Promouvoir l'autonomie et le bien être des usagers									
	Action 1 : Former les professionnels à la prévention des effets du vieillissement	Taux de professionnels formés	90 %	30%	60%	90%	100%			
	Action 2 : Déterminer un programme d'action issu de l'analyse EPP des "causes des chutes"	Taux de chutes lors des déplacements Taux de chutes liées au sol glissant Taux de chutes liées à la qualité du chaussage Taux de chutes liées aux troubles cognitifs	diminution de 20% par an sur 5 ans	40% 30% 60% 74%	20% 10% 40% 54%	20% 34%				
Action 3 : Mettre en place un programme de prévention des chutes ouvert sur la ville (à mettre en lien avec la fiche action Axe 1 n°1)	Nombre d'actions de prévention hors les murs réalisées	2 par an	100%	100%	100%	100%				

EHPAD AXE 3 Prévention Qualité Sécurité des Soins	Fiche Action n° 2 : Promouvoir le bon usage du médicament et la prévention de la iatrogénie à l'EHPAD								
	Action 1 : Mettre en place un comité de pilotage sur le circuit du médicament en EHPAD Les axes de travail: prévention du risque iatrogénique, sécurisation de la prescription et de l'administration, sécurisation du stockage	Nombre de réunion COPIL réalisées	3 par an	50%	100%				
	Action 2 : Améliorer les moyens techniques de prescription (CROSSWAY, PACCO) pour les médecins traitants	Taux de prescriptions médicales conformes Nombre de DEI en lien avec le circuit du médicament	100% 2 maximum	100%					
	Action 3 : Sensibiliser les aidants et les résidents au risque iatrogénique	Nombre de réunions réalisées avec les aidants et les résidents Nombre de repérages d'automédications	3 par an 0	50%	100%				
EHPAD / SSIAD AXE 4 Personnalisation et accompagnement	Fiche Action n° 1 : Ancrer le sens du travail des soignants exerçant en EHPAD et au SSIAD, dans la culture de bientraitance								
	Action 1 : Mettre en place un COPIL "Bientraitance" multi acteurs (à mettre en lien avec le groupe éthique de l'établissement)	Nombre réunions du COPIL réalisées	3 par an	50%	100%				
	Action 2 : Former l'ensemble des professionnels aux bonnes pratiques	Taux de professionnels formés sur le thème de la bientraitance Taux de projets de vie personnalisés réalisés	90% 100%	30%	50%	70%	90%	100%	
	Action 3 : Créer des temps de partage autour de la bientraitance et exploiter les retours d'expérience post-formation	Nombre de staffs et de retour d'expérience traitant de la bientraitance	4 par an	25%	50%	100%			
	Action 4 : Déployer des groupes d'analyse de pratique	Nombre de réunions d'analyse de pratique réalisées	3 par an	25%	50%	100%			
EHPAD AXE 5 Performance et management de la qualité	Fiche Action n° 1 : Valoriser l'exercice professionnel en EHPAD								
	Action 1 : Renforcer la visibilité des postes à pourvoir (ex affichage sur sites de recrutements)	Taux de recrutements réalisés via les réseaux rattachés à l'emploi	10%	30%	50%	70%	100%		
	Action 2 : Promouvoir les démarches innovantes Rendre attractifs les métiers du grand Age (portes ouvertes, forum ...), recours aux contrats en alternance, notamment contrat apprentissage	Nombre de portes ouvertes/forum réalisés	1 par an					100%	
	Action 3 : Accompagner la professionnalisation auprès du sujet âgé (évaluation professionnelle: Permettre aux agents de monter en compétences, identifier les salariés ayant une volonté de se qualifier, VAE, tutorat)	Taux de formation continue des professionnels Nombre d'agents ayant suivi un parcours de promotion professionnelle	90% 15 sur 5 ans	30%	50%	70%	90%	100%	
	Action 4 : Agir sur la pénibilité du travail en EHPAD et au SSIAD	Nombre d'actions mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail Nombre d'accidents du travail Nombre de DEI en lien avec les conditions de travail	2 par an < 2 par an < 2 par an				100%	100%	
SSIAD AXE 1 Fluidification et sécurisation du parcours des usagers	Fiche Action n°1: Garantir la sécurisation de la prise en charge du bénéficiaire tout au long de son parcours ville-hôpital								
	Action 1 : Mettre en place un COPIL pour associer la formalisation des procédures de collaboration: SSIAD, professionnels libéraux, clinique Pastour, CH Périgueux, cadres de santé CHSP, Directeur référent, SAD...)	Nombre de réunions du COPIL	2 par an		100%	100%	100%	100%	
	Action 2 : Communiquer les critères d'éligibilité "SSIAD" aux services d'hospitalisation	Taux des services d'hospitalisation informés des critères d'éligibilité SSIAD Nombre de DEI en lien avec un défaut de coordination entre le SSIAD et les partenaires hospitaliers et libéraux	100% 12 par an puis diminution de 20% tous les ans	100%					
	Action 3 : Déployer PAACO afin d'améliorer la transmission des données du bénéficiaire entre les acteurs pluriprofessionnels (SSIAD, médecins traitants, IDE libéraux, SAD...)	Taux de déploiement de PAACO	100% des services du CHSP d'ici 2024	30%	50%	70%	00%	100%	
SSIAD AXE 2 Repositionnement de l'offre et innovations	Fiche Action n°1: Formaliser le partenariat avec le service d'aide à domicile en vue d'améliorer la coordination de la prise en charge des bénéficiaires								
	Action 1 : Créer un COPIL composé des acteurs de terrain SAD, SSIAD, bénéficiaires, famille	Nombre de réunions du COPIL	2 par an	100%					
	Action 2 : Rédiger des conventions de partenariat avec les SAD	Taux de conventions de partenariat avec les SAD	100%	30%	50%	70%	100%		
	Action 3 : Organiser les interventions concertées (le planning des interventions, l'articulation des passages journaliers, l'organisation des interventions conjointes, le suivi du dossier de liaison à domicile)	Taux d'interventions concertées SSIAD/SAD Nombre de réunions de concertation SSIAD/SAD	95% des usagers bénéficiant des 2 services 9 par an	30%	50%	70%	100%		
	Action 4 : labelliser et convention avec l'ARS et la CD pour un SPASAD (cf note d'information n°DGCS/SA/CNSA/2019/192 du 30 août 2019 relative aux modalités de prolongation de l'expérimentation "SPASAD intégrés" prévue par l'article 61 de la loi OTSS	signature CPOM SPASAD		100%					
SSIAD AXE 3 Prévention, Qualité, Sécurité des Soins	Fiche Action n° 1 : Sécuriser le recueil et la transmission des données du dossier patient								
	Action 1 : Déployer le logiciel PAACO	Taux de déploiement de PAACO	100% des services du CHSP d'ici 2024	30%	50%	70%	90%	100%	
	Action 2 : Former les professionnels aux logiciels	Taux de professionnels formés	90% dont 100% des agents du SSIAD	30%	50%	70%	90%	100%	
SSIAD AXE 4 Personnalisation de l'accompagnement	Fiche Action n° 1 : Etayer la démocratie sanitaire pour une meilleure adéquation des prestations au service des bénéficiaires								
	Action 1 : Créer un comité de démocratie sanitaire (usagers, professionnel SSIAD/ SAD/ Représentant des usagers, familles)	Nombre de réunions du comité de démocratie sanitaire	2 par an	50%	100%				
	Action 2 : Organiser des rencontres thématiques favorisant les échanges et la participation des bénéficiaires	Nombre de rencontres à thème organisées avec les bénéficiaires du SSIAD	2 par an	50%	100%				

Action 3: Mettre en place un groupe de parole des cadants	Nombre de réunions du groupe de parole	10 par an	30%	60%	100%			
---	--	-----------	-----	-----	------	--	--	--



ARRETE du 19 - 028

N° SPAE - 11 AVR. 2019

actant le renouvellement d'autorisation de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Au Jardin d'Antan » géré par le Centre Hospitalier (CH) sis 9 avenue Calmette 24108 BERGERAC

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

Le Président du Conseil départemental de 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 2014-2019 ;

VU l'arrêté du 17 juillet 2018 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine ;

VU le schéma régional de santé du projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine ;

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

VU la décision du 21 janvier 2019 du directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

VU l'arrêté ministériel du 18 novembre 1992 portant autorisation de création d'une Maison de Retraite au Centre Hospitalier de BERGERAC ;

VU l'arrêté conjoint du 19 décembre 2008 portant autorisation de transformation de la Maison de retraite du Centre Hospitalier de BERGERAC en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

VU le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD en date du 11 septembre 2014 ;

VU le courrier conjoint du 10 juillet 2015 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 Dordogne de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du directeur général des services du Conseil départemental de Dordogne ;

ARRETEMENT

ARTICLE 1^{er} : l'autorisation de l'EHPAD « Au Jardin d'Antan » géré par le Centre Hospitalier sis 9 avenue Calmette 24108 BERGERAC, 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 de BERGERAC

N° FINESS : 24 000 005 9

N° SIREN : 262 405 632

Code statut juridique : 13 Etablissement Public Communal Hospitalier

Adresse : 9 avenue Calmette BP 820 24108 BERGERAC CEDEX

Entité établissement : EHPAD « Au Jardin d'Antan »

N° FINESS : 24 000 761 7

Code catégorie : 500 EHPAD

Capacité: 125 places

Adresse : 9 avenue Calmette BP 820 24108 BERGERAC CEDEX

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil personnes âgées	11	Hébergement complet	711	Personnes âgées dépendantes	105
924	Accueil personnes âgées	21	Accueil de jour	436	Alzheimer et maladies apparentées	15
657	Accueil temporaire	11	Hébergement complet	711	Personnes âgées dépendantes	5

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

ARTICLE 2 : L'EHPAD est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour ses 105 places d'hébergement permanent. Les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ne sont pas habilitées à recevoir des bénéficiaires de 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 « Au Jardin d'Antan » 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 est susceptible, dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication à l'égard d'un tiers, de faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et du Président du Conseil départemental,
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent (ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application « Télérecours citoyen » accessible sur le site www.telerecours.fr).

ARTICLE 6 : Le présent arrêté sera 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.

Fait à Bordeaux, le 11 AVR. 2019

La Directrice générale adjointe
de la région Nouvelle-Aquitaine
de la Santé

Hélène JUNQUA

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne

Germain PEIRO



EVALUATION EXTERNE

R A P P O R T

05.12.2014

EHPAD JARDIN D'ANTAN

▶▶ 3-5 RUE DAVOUT
BP 820
24108 BERGERAC CEDEX

▶▶ **SOCOTEC Certification**
89-93 avenue Paul Vaillant Couturier
94250 GENTILLY

Représentée par Madame Elsa MARTIN
Bordeaux : 06.35.11.38.82
elsa.martin@socotec.com



Sommaire

▶ Eléments de cadrage	3
▶ Descriptif de la procédure d'évaluation externe	4
▶ Développements informatifs	5
▶ Résultats de l'analyse détaillée	7
▶ Synthèse	36
▶ Conclusion	39
▶ Annexes	40

► Élément de cadrage

Notre approche suit le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour lequel nous avons reçu habilitation (voir titre en annexe). Elle s'appuie également sur la circulaire DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011.

Par ailleurs, l'évaluation externe s'appuie sur l'évaluation interne que vous avez réalisée au sein de l'établissement en 2013. En particulier, elle reprend la structuration du référentiel sur lequel vous vous êtes appuyé « référentiel FHF » complété par les obligations du décret.

Les objectifs de l'évaluation externe réalisée sont :

1. Porter une appréciation globale
2. Examiner les résultats issus de l'évaluation interne, les plans d'action engagés
3. Examiner certaines thématiques et registres en lien avec les spécificités de votre établissement et des services que vous délivrez
4. Élaborer des propositions et/ou préconisations

L'établissement a sollicité notre intervention pour la réalisation de l'évaluation externe de l'EHPAD. Après étude de notre offre et échanges, notre offre a été validée le 26/03/2014.

► Présentation de l'EHPAD :

L'EHPAD Jardin D'antan est situé à Bergerac dans le Périgord. Il est rattaché au Centre Hospitalier de Bergerac et géré par un responsable administratif sous l'autorité de la Directrice du Centre Hospitalier. L'établissement accueille des personnes seules ou en couple d'au moins 60 ans.

L'établissement a une capacité d'accueil de 110 lits et 15 places. La structure est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

L'EHPAD est situé à quelques minutes du centre-ville, il est accessible avec les transports en commun.

L'établissement compte huit unités de vie.

Au rez de chaussé :

- Allée Perdoux - 15 lits d'hébergement
- Allée la Pelouse - 15 lits d'hébergement Alzheimer ou apparentés
- Unité de 15 places d'accueil de jour Alzheimer avec jardin sécurisé

Au 1^{er} étage :

- Allée le Caudeau - 5 lits d'hébergement temporaire et 15 lits d'hébergement traditionnel
- Allée Dordogne - 20 lits d'hébergement traditionnel

Au 2^{ème} étage :

- Allée Pécharmant - 20 lits d'hébergement traditionnel
- Allée Malfourat - 20 lits d'hébergement traditionnel

►► Descriptif de la procédure d'évaluation externe

► Étape 1 : Elaboration du cadre évaluatif

La définition du cadre évaluatif repose sur votre activité, votre organisation et sur le champ choisi pour votre évaluation interne. Il reprend les thématiques traitées lors de cette évaluation interne complété des recommandations des bonnes pratiques et les aborde en questionnant sur le sens de chacun des thèmes, les besoins pour la structure, les réponses apportées et leur efficacité.

Des échanges nous ont permis de prendre connaissance de l'organisation de l'établissement et de définir le schéma de l'évaluation externe.

Le cadre évaluatif a ensuite été travaillé spécifiquement pour l'EHPAD.

Pour cette étape, nous avons eu recours aux sources d'informations suivantes :

- Le projet d'établissement,
- Les supports et résultats de l'évaluation interne et du plan d'amélioration
- Le règlement de fonctionnement,
- Le livret d'accueil,
- Le contrat de séjour...

Le cadre évaluatif spécifique ainsi constitué est complété des informations relatives aux modalités de l'évaluation (entretiens individuels ou en groupe, étude documentaire à approfondir, rencontres usagers...).

Le cadre évaluatif a donné lieu au programme évaluatif. Ce document (cf. annexe) vous a été transmis mi-juin pour validation et organisation de l'évaluation sur site.

► Étape 2 : Étude et analyse les 11 septembre et 3 et 10 octobre 2014 sur l'EHPAD

L'évaluation s'est déroulée conformément au programme et au cadre évaluatif. Les temps principaux :

- Réalisation, par les évaluateurs des différents entretiens et observations conformément au programme. L'analyse s'est poursuivie par l'étude au bureau des documents de fonctionnement remis par la structure.
- A la fin de l'évaluation, une réunion de synthèse a eu lieu avec les personnes de référence mais aussi les autres professionnels rencontrés et disponibles afin de présenter nos premières analyses et de s'assurer de la compréhension des informations recueillies.

► Étape 3 : Synthèse et rapport

Un pré-rapport a été élaboré. Il présente, sur la base des données et informations recueillies, les points forts de l'organisation et les éléments de réflexion au regard du cadre évaluatif. L'analyse conduit à des propositions et/ou préconisation.

Ce rapport vous a été transmis le 05/12/2014.

►► Développements informatiques

► Contexte institutionnel (extrait du cdc de l'établissement)

1- Capacités de l'établissement

L'EHPAD « Au Jardin d'Antan » est un établissement public rattaché au Centre Hospitalier de Bergerac, autorisé à la suite de la visite de conformité du 24 février 2010 pour une capacité de 110 lits et 15 places, se décomposant ainsi :

- 75 lits d'hébergement « traditionnel »
- 15 lits d'hébergement « traditionnel » transformable en unité Alzheimer
- 15 lits en unité Alzheimer
- 5 lits en hébergement temporaire
- 15 places d'accueil de jour Alzheimer

2- La dynamique actuelle

L'EHPAD « Au jardin d'antan » - Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes, est administré par le Centre Hospitalier de Bergerac. Il accueille plusieurs types de prise en charge de résidents selon principalement la demande extérieure ou directement orientés par le Centre Hospitalier.

Dans le cadre de la construction de ce nouvel EHPAD et pour être habilité à héberger des personnes âgées dépendantes, un projet de vie a été élaboré et validé lors de la visite de conformité. Le projet d'établissement retenu dans ce cadre est celui du Centre Hospitalier 2008-2012 réparti par pôle. L'EHPAD fait partie du Pôle 4 – Pôle personnes âgées – de la même façon que l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et le Court Séjour Gériatrique (CSG).

Les principes généraux pour la personne hébergée à l'EHPAD « Au jardin d'antan » sont retracés dans le projet institutionnel de la structure qui est constitué du projet de vie et du projet de soins.

Le projet de vie s'articule autour de six grands thèmes :

- Le respect de la personne dans sa globalité ;
- Le maintien des liens avec la famille et l'entourage ;
- La vie sociale ;
- L'ouverture de la structure à l'extérieur
- L'accompagnement tout au long du séjour ;
- Un projet de vie approprié pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

Le projet de soins a été bâti autour de quatre grands axes :

- La prévention
- L'accès aux soins, la continuité de soins et les urgences
- L'organisation des soins
- La formation du personnel

La structure propose quatre types d'activité :

- L'accueil de jour : il est destiné à accueillir des personnes âgées atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée.
- L'hébergement temporaire : Cette unité a pour objet de proposer un accueil provisoire afin de soulager les aidants naturels ou les familles d'accueil et d'offrir une solution d'attente.
- L'hébergement permanent :
 - en unité protégée : cette unité héberge des personnes âgées atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée.

- en secteur ouvert : cette unité héberge des personnes âgées dépendantes ne nécessitant pas une surveillance médicale 24h/24h.

Par convention tripartite en date du 20 mars 2008 avec effet au 1er janvier 2008, l'établissement s'est engagé dans une démarche de qualité fondée sur les principes généraux suivants qu'elle a développés :

- Respect des droits élémentaires et des libertés des personnes âgées dépendantes accueillies dans l'établissement, notamment par la prise en compte de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ;
- Qualité de vie des personnes âgées dépendantes accueillies pour favoriser leur autonomie sociale, physique et psychique et prévenir l'aggravation de la dépendance ;
- Qualité des personnels notamment au travers de la présence d'un médecin coordonnateur, du recrutement d'agents qualifiés, de la mise en œuvre d'actions de formation et d'une organisation générale et coordonnée de travail permettant de prodiguer des soins et aides de qualité aux résidents ;
- Engagement de l'établissement dans un réseau local de coordination gérontologique lui permettant de développer des complémentarités avec les acteurs du réseau local (CLIC, MAIA, France Alzheimer, Associations tutélaires, convention avec l'EHPAD de la Madeleine en cours, ...).

Après avoir obtenu en 2009, pour son activité d'USLD, sa deuxième certification par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'établissement a réalisé sa troisième visite de certification en novembre 2013.

L'arrêté autorisant la transformation EHPAD de la maison de retraite du 19 décembre 2008 indique que « cette autorisation est valable pour une durée de 15 ans à compter de l'ouverture de la nouvelle structure ». Conformément aux dispositions de l'article L. 312-8 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles, notre établissement doit donc transmettre une évaluation externe avant fin 2014, c'est-à-dire, deux ans avant la date de renouvellement de son autorisation.

L'établissement a d'ores-et-déjà conduit et transmis aux autorités son rapport d'évaluation interne en décembre 2013.

Le Projet d'Etablissement Jardin d'Antan2008-2014 est obsolète, il doit être révisé.

Une 2ème génération de Conventions Tripartites est en cours de renouvellement. L'établissement a déposé le projet de conventionnement auprès de l'ARS DT24 et du Conseil Général en octobre 2014.

Les résidents de l'accueil permanent sont pris en charge par :

Direction : 0.75 ETP
 Administration : 0.50 ETP
 Médecin coordonnateur : 0.8 ETP
 Cadre de santé : 1 ETP
 Infirmiers : 5.10 ETP
 Psychologue : 0.3 ETP
 Cuisine -Diététicienne : 1.8 ETP
 Aides-Soignants : 35.30 ETP
 Agents de Service Hospitalier : 23.20 ETP
 Animatrice : 1 ETP
 Assistante sociale : 0.20 ETP
 Kinésithérapeute : 0.35 ETP

Les résidents de l'accueil de jour sont pris en charge par :

Psychologue : 0.2 ETP
 Aides-Soignants AMP : 2.40 ETP

► Résultats de l'analyse détaillée

Les références :

Recommandation de Bonnes Pratiques Anesm :

1. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles », Anesm, 2008.
2. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles », Anesm, 2009.
3. De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en EHPAD. Volet 1. Anesm 2011
4. Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en EHPAD. Volet 2 Anesm, septembre 2011
5. La vie sociale des résidents. Qualité de vie en EHPAD volet 3. Anesm, 2012
6. L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Qualité de vie en EHPAD volet 4. Anesm, septembre 2012
7. La bientraitance : définition et repères pour sa mise en œuvre. Anesm. Juillet 2008
8. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Anesm. Février 2009
9. Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Anesm. Décembre 2008
10. Ouvertures de l'établissement sur son environnement, Anesm. Décembre 2008
11. Le questionnement éthique dans les ESSMS. Anesm. Octobre 2010

Autres Recommandations :

1. Bientraitance des personnes âgées dépendantes en établissement sanitaire, médico-social et à domicile. Programme MOBIQUAL. 2010
2. Liberté d'aller et venir dans les ESSMS et obligation de soins et de sécurité. ANAES. 2004
3. Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS/DGAS/SFGG. Octobre 2007.
4. Limiter les risques de contention physique de la personne âgée. ANAES. 2000
5. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. HAS. 2000
6. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS. 2009
7. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. HAS. Avril 2007
8. Maladie Alzheimer et maladie apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. HAS. mai 2009
9. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. ANAES. Décembre 2002
10. Manuel d'évaluation : risque infectieux dans les Ehpads, GREPHH, janvier 2011
11. ARS Rhône-Alpes - Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mars 2012

PREAMBULE : Evaluation Interne

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne	Apprécier les priorités et les modalités de mise en œuvre de la démarche de l'évaluation interne	<p>L'évaluation interne de l'EHPAD Jardin d'Antan a été menée, en 2013. La démarche a été collective et participative.</p> <p>Un groupe projet a été créé composé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un comité de pilotage ▪ des groupes de travail pluridisciplinaires composés d'agents de l'établissement <ul style="list-style-type: none"> ○ Admission, droits et libertés ○ Projet de soins ○ Restauration, hôtellerie et logistique ○ Bienveillance, mission de responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ○ Projet d'établissement et ouverture à et sur son environnement ○ Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées ○ Réflexion éthique ▪ un animateur qualité <p>Le choix du référentiel s'est porté sur le référentiel informatisé de la FHF. La réflexion a été menée par groupe de travail par thématique du référentiel et partage sur l'intranet.</p> <p>Une enquête de satisfaction relative à la qualité des conditions de séjour a été organisée en parallèle de l'évaluation interne, auprès des résidents, de leurs représentants légaux le cas échéant ainsi que des familles</p> <p>Les représentants des usages représentant le CVS ont été sollicités dans le cadre des groupes de travail pour la réalisation de l'évaluation interne.</p>	
	Apprécier la communication et la diffusion des	L'évaluation interne a fait l'objet d'un rapport présentant les résultats selon les thèmes cités ci-dessus.	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
	propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne et la manière dont les acteurs ont été impliqués	Un plan d'amélioration a été rédigé et présenté aux équipes.	
	Analyser la mise en œuvre des mesures d'amélioration et l'échéancier retenu	En parallèle de la démarche, des actions avaient déjà été engagées : <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un cahier de recueil des avis des résidents dans la salle de restauration • Formation des agents à la démarche HACCP • Relecture du projet d'établissement • Systématisation des évaluations gériatrique standardisées • ... 	
	Identifier les modalités de suivi et de bilan périodique	Les instances qui régissent la Direction Qualité/gestion des risques sont clairement définies et suivies : <ul style="list-style-type: none"> • un point tous les 15 jours, • une réunion en cellule des risques tous les trimestres (avec le médecin co et la cellule de prévention des risques) pour faire un état du programme d'action • et une fois par an une réunion "Gouvernance Qualité". 	
	Apprécier la dynamique générale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations	Le plan d'amélioration est mise en œuvre, les constats ont été fait lors de l'évaluation externe notamment : <ul style="list-style-type: none"> • rédaction de la charte bienveillance, • charte des bénévoles • évaluation de la douleur • formation « comité éthique » • ... 	

RAPPORT DETAILLE : Evaluation Externe

Admission, droits et libertés

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Admission et accueil	Demande de renseignements / Pré-admission / Admission Accueil Cadre de vie Projet de vie Consentement Référent familial Personne de confiance Document individuel Entrée Sortie	<p>Pré admission :</p> <p>Toutes les demandes de dossier qu'elles soient téléphonique ou visite font l'objet d'un enregistrement et d'un suivi périodique. Les personnes effectuant une demande de renseignements par téléphone sont invitées à venir retirer un dossier auprès de l'établissement. Pour les personnes qui ne peuvent se déplacer, le dossier d'admission sera envoyé par courrier.</p> <p>Le dossier remis comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la demande d'admission type comprenant un volet administratif et un volet médical • la liste des pièces à fournir • la charte de bienveillance de l'établissement • la fiche capitaux placés • la fiche payant ou éligible à l'aide sociale • l'engagement à payer et obligations alimentaires • le formulaire de demande à l'aide sociale (explication et extrait du code civil) • la fiche suivi courrier postal si admission • le trousseau d'entrée • la liste des non goûts et habitudes alimentaires • la liste des objets précieux • la charte des droits et libertés de la personne accueillie • Une présentation de l'association la belle équipe • le livret d'accueil <p>Pour la remise du dossier complet, il est impératif de prendre rendez-vous. Lors de ce rendez-vous, le personnel vérifie la complétude du dossier et</p>	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>répond aux éventuelles questions. Elle profite de cet instant pour faire une synthèse des droits et obligations du résident.</p> <p>Une fiche annexe est alors remplie pour présenter le dossier en commission d'admission. Dans le livret d'accueil, toutes les structures d'accueil et d'hébergement de l'établissement sont présentées.</p> <p>Les personnes sont invitées à venir retirer le dossier sur place, ainsi elles seront reçues par le personnel qui leur présentera les documents et les démarches à suivre. Si les personnes ne souhaitent pas se déplacer, le dossier est envoyé par courrier postal et des explications sont données par téléphone.</p> <p>Le Médecin Co donne son avis médical sur la possibilité d'accueillir le résident. Le GIR du résident est également examiné.</p> <p>Une commission d'admission a lieu tous les lundis. Le Médecin Co y participe.</p> <p>Les critères d'admission prioritaires sont déterminés ainsi qu'il suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes hospitalisées dans les unités de court séjour • Niveau de dépendance (GIR 1 à 3) • Contexte social • Date de validité du dossier complet <p>Les résidents souhaitant une courte période de séjour sont orientés sur l'hébergement temporaire en secteur ouvert</p> <p>Ce type de séjour est demandé également pour que les aidants puissent bénéficier d'une période de répit</p> <p>Pour les résidents nécessitant une permanence des soins 24h/24 ils sont réorientés sur l'USLD</p>	<p>Ajouter la présentation de la commissions des menus et d'animation</p>

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>La commission valide ou non le dossier. L'établissement envoie par courrier un avis favorable ou non. Une date d'entrée est proposée au résident qui est invité à donner une réponse rapidement.</p> <p>La liste d'attente est mise à jour.</p> <p>Une visite préalable est possible si la famille en fait la demande.</p> <p>Accueil : Les accueils ont plus généralement lieu du lundi au vendredi de 14 à 16h. Le résident est accueilli avec ses proches, ils rencontrent le Médecin Co et les AS dans un premier temps. Dans un second temps, l'admission est enregistrée au service administratif. Pour les accueils permanents, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont présentés de façon synthétique et signés de préférence par le résident. Pour l'accueil temporaire seul le règlement de fonctionnement est présenté et signé.</p> <p>Les anciens dossiers ont été repris, le nouveau contrat de séjour et le règlement ont été signés.</p> <p>Le dossier d'admission permet d'identifier le référent familial et la personne de confiance. La personne de confiance est régulièrement identifiée, mais il n'est pas toujours évident de s'assurer que le résident a bien nommé sa personne de confiance. Un témoin peut être présent lors de la signature des documents, il est alors identifié.</p> <p>Accueil de jour L'admission est faite par la psychologue et le médecin gériatre à la suite d'une consultation mémoire, néanmoins la demande d'admission est formulée soit par le médecin traitant, soit par la famille.</p>	<p>Ajouter une colonne choix du résident avec le nom de l'établissement choix n°1, choix n°2. Cette démarche accentue la notion de "consentement"</p> <p>Identifier clairement le signataire résident, un membre de sa famille, un témoin, le représentant légal ou la personne de confiance.</p>

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>Il est impératif que le résident soit diagnostiqué «atteint d'une détérioration cognitive».</p> <p>L'accueil de jour accueille jusqu'à 6 à 7 résidents par jour avec une fréquentation maximum de 3 fois par semaine.</p> <p>Les résidents sont accueillis par groupes homogènes.</p>	
Droits et libertés	Charte des droits et Libertés de la personne âgée dépendante	Le personnel respecte les résidents. Le personnel ne tutoie pas les résidents. Ceci est un des éléments de la charte de bienveillance. Toutefois en fonction des habitudes, le prénom du résident peut être utilisé.	
	Ethique	<p>La charte est annexée au livret d'accueil et est affichée dans l'établissement, la réflexion bénéfique risque est discutée en équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Le personnel respecte l'intimité des résidents : les portes des chambres sont fermées lors des soins – une affichette permet de signifier si le personnel est en soin. Le personnel frappe et attend une réponse avant d'entrer.</p> <p>Le personnel respecte la volonté de la personne.</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> Certains résidents disposent de leur clé de chambre et d'un petit coffre parce qu'ils souhaitent être comme à la maison ou bien parce qu'ils ne souhaitent pas être dérangés par d'autres résidents déambulant. <p>De plus en cas de refus de soins, le soignant n'insiste pas, il revient plus tard, ou un autre soignant prend le relais. En cas de maintien du refus, ce dernier est communiqué auprès des équipes.</p> <p>A chaque élection, l'établissement demande au résident s'il souhaite voter. Parallèlement, l'établissement s'assure que le résident est à jour vis-à-vis de ses droits (CNI, carte d'électeur). Pour les résidents qui ne sont pas de Bergerac, la gendarmerie se déplace à l'établissement pour faire établir les procurations.</p> <p>Sinon, pour les résidents qui n'ont pas de famille, une sortie est organisée par l'établissement pour emmener les résidents voter, pour les autres, les</p>	
	Déontologie		
	Intimité		
	Respect de la personne		
	Respect de la personne et secret professionnel		
	Droits civiques / Droit de culte		
Protection des personnes / Assurance / Personnes qualifiées			

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>familles sont sollicitées.</p> <p>Pour la pratique du culte de leur choix, l'établissement pourra mettre à disposition des résidents et des familles un lieu de prière. Des bénévoles de l'aumônerie viennent rencontrer les résidents dans l'établissement.</p> <p>Une procédure d'accueil pour les activités bénévoles est rédigée. Elle leur est présentée, une convention à signer par les bénévoles présentée aux bénévoles rappelle les principes importants de respect du résident, de la confidentialité, des normes et protocoles...</p> <p>Une charte du bénévole leur est également remise.</p>	
	Réclamations Satisfactions	Une enquête de satisfaction a été envoyée au résident et à sa famille en 2013, 27,3% de taux de réponse. En 2014, une nouvelle enquête a été réalisée, 63% de taux de participation. Le pourcentage de très satisfait et satisfait représente en moyenne par thème 90% des résidents.	
	Conseil de la Vie Sociale Information	<p>Le CVS est présenté dans le livret d'accueil mais pas la commission des menus ou la commission animation.</p> <p>Le CVS ne semble pas être pleinement connu des résidents et des familles.</p>	Renforcer la communication auprès des résidents et des familles sur le CVS

Projet de soins

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Maintien de l'autonomie	Prévention	<p>Dans le mois qui suit l'admission du résident, une toilette évaluative est réalisée avec une infirmière et une AS. Cette toilette permet de faire le point sur l'autonomie du résident dans les actes de la vie quotidienne.</p> <p>Le personnel soignant est sensibilisé sur les préventions sur les chutes, la dénutrition, les escarres... et agit en conséquence. Pour chaque situation, des moyens de prévention ont été identifiés et une analyse bénéfice risque est effectuée en équipe pour valider les soins à prodiguer.</p> <p>Les GIR sont réévalués deux fois par an par le Médecin Co.</p> <p>Les soins de pied sont à la charge du résident.</p>	
	Projet de vie individualisé	<p>Le projet d'accompagnement est discuté en STAFF avec le Médecin Co, la cadre de santé, l'infirmière, la psychologue, les soignants et la kinésithérapeute lorsqu'elle est présente. En cas d'admission en urgence, le projet est présenté en transmission.</p> <p>Chaque AS est référente de 5 ou 6 résidents. Ils sont disponibles de façon privilégiée pour répondre aux questions des familles et aux résidents. Les soignants recueillent l'histoire de vie, le Médecin Co et la psychologue complète le projet de vie en recevant le résident et sa famille. Les informations contenues dans le projet de vie sont mises à jour au fil de l'eau et des échanges avec le résident et sa famille.</p> <p>Les soignants recueillent l'histoire de vie, le Médecin Co et la psychologue complète le projet de vie en recevant le résident et sa famille. Le plan de soins est informatisé.</p> <p>Accueil de jour</p> <p>La psychologue explique au résident les raisons de sa présence à l'accueil de jour. Le médecin s'entretient avec le résident et sa famille pour recueillir les goûts et non goûts, faire le point sur l'autonomie du résident, réaliser l'évaluation GIR et recenser les activités que le résident aime faire.</p>	<p>Poursuivre les réévaluations des projets de vie selon un planning de réévaluation</p> <p>Intégrer un volet fin de vie, personne de confiance et animation dans le projet de vie personnalisé</p>

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>Le projet individuel d'accueil de jour est composé d'un volet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • situation familiale • admission • antécédent médicaux • nutrition • mode de vie • évaluation dépendance • objectifs • suivi évaluation mensuelle • réévaluation semestrielle 	<p>Supprimer les onglets évaluations puisqu'ils ne sont pas remplis par l'établissement</p>
	<p>Préservation de l'autonomie</p>	<p>Le personnel soignant est sensibilisé sur le maintien de l'autonomie. L'établissement est expérimentateur du système de mesure d'autonomie fonctionnelle ISMAF qui vient du Canada. Le Tableau d'aide individualisé (TIA) est l'aboutissement de ce travail. La formation est commune avec l'établissement de La Madeleine.</p> <p>Les soins sont effectués selon les toilettes évaluatives. Des fiches de suivi permettent d'assurer une traçabilité de la prise en soins des résidents. Le suivi est quotidien avec les initiales (oui/non/refus) Quand les AS constatent beaucoup de non, elles le signalent afin de réévaluer les toilettes.</p> <p>Le projet de vie et le projet de soins permettent de maintenir l'autonomie du résident qui est stimulé ou sollicité lors de sa toilette ou des soins qui doivent lui être prodigués. Afin de préserver cette autonomie, les pansements peuvent être réalisés à la salle de soins.</p> <p>Le personnel est attentif au refus répétés des résidents, à leur état du jour...</p> <p>Accueil de jour Le personnel reste attentif pour ne pas mettre le résident en échec, par exemple le mercredi il y a un résident qui ne sait pas lire, les activités sont</p>	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		organisées en fonction.	
Organisations des soins	<p>Médecin coordonnateur Permanence des soins Cadre infirmier Projet de soins Transmissions</p> <p>Locaux</p> <p>Information soins</p> <p>Dossier individuel du résident</p>	<p>Le Médecin Coordonnateur est présent dans l'établissement depuis 2010. Le Dr Cornu est également le médecin traitant de 50 résidents.</p> <p>Il organise et/ou anime et participe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'élaboration du projet de soins avec la cadre de santé notamment • à l'accueil du résident et de sa famille • à la coordination des soins avec l'équipe soignante et les médecins traitants • à faire respecter le livret thérapeutique des médicaments • à l'écriture des protocoles • à l'élaboration et à l'animation de la commission de coordination gériatrique (au moins une fois par an) • à la réalisation des évaluations GIR après l'entrée du résident (avant l'admission c'est le médecin traitant qui fait cette évaluation) et coupe Pathos • à l'écriture du rapport d'activités médicale • ... <p>Les protocoles sont rédigés et connus des soignants.</p> <p>Lorsque le Médecin Co est présent, il gère les urgences puis informe le médecin traitant et la famille. En son absence, le personnel soignant a pour consigne d'appeler le 15.</p> <p>Toutes les informations sont dans le protocole urgence.</p> <p>Lors des transmissions, l'équipe soignante est à l'écoute du résident et soucieux de son bien-être et du bien soigner.</p> <p>Les transmissions écrites sont faites sur informatique (Word) et via crossway depuis fin septembre.</p> <p>Un STAF par semaine est fait en équipe pluridisciplinaire dans chaque secteur.</p>	<p>Poursuivre la formation du personnel pour effectuer les transmissions via crossway</p>

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>Les constats sont faits en équipe pluridisciplinaire avec le Médecin Co. Les réflexions et les décisions sont prises collégalement.</p> <p>Le projet de vie est partagé avec le résident et sa famille. L'équipe soignante reste à la disposition du résident et de sa famille pour échanger sur la prise en soin du résident.</p> <p>Les soins sont prodigués en chambre ou en salle de soins. En effet, l'établissement a mis à la disposition des résidents une salle de soins avec salle d'attente.</p> <p>Un kinésithérapeute est présent dans l'établissement 3 fois par semaine le matin uniquement (8h30, 12h) et dispose d'une salle équipée et dédiée pour ses activités; ceci constitue un point fort de l'établissement. Une bonne collaboration avec le médecin coordonnateur permet d'adapter la prise en charge. Elle ne peut pas assister aux transmissions mais prend les informations auprès du médecin de façon informelle.</p> <p>Le dossier du résident contient les antécédents médicaux et les éléments médicaux concernant le résident notamment les comptes rendus de visite du médecin traitant, les analyses biologiques...</p> <p>Accueil de jour L'accueil de jour se situe dans l'unité sécurisé. Il est confortable et décoré. Une petite cuisine a été aménagée et un jardin privé sécurisé est mis à la disposition du résident.</p>	<p>Il serait souhaitable que les médecins traitants (qui suivent environ la moitié des résidents actuels) fassent un point régulier avec la kiné en place.</p>
	Circuit du médicament	<p>Pour environ 80% des résidents la prescription est faite via crossway. Lorsque les prescriptions sont faites en format papier, le Médecin Co entre l'ordonnance dans crossway.</p> <p>L'ordonnance est transmise à la pharmacie centrale qui livre les médicaments pour la semaine chaque samedi et une dotation pour assurer un stock. La préparatrice de la pharmacie centrale prépare les piluliers des résidents pour la semaine sur place- lundi rdc, mardi 2e étage et jeudi 1er</p>	Formaliser le double contrôle des piluliers

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>étage.</p> <p>Les piluliers sont stockés dans une armoire sécurisée dans l'infirmierie qui ferme à clef.</p> <p>Chaque soir l'AS de nuit approvisionne les chariots de distribution pour la journée.</p> <p>Les médicaments sont distribués par l'AS le matin, au goûter, au déjeuner et au diner pour les étages et au coucher et par les IDE le midi et au diner dans la salle à manger du rdc. La prise du médicament et les refus sont tracés sur crossway. Pour les médicaments distribués par les AS, l'IDE regarde si les piluliers sont vides, l'AS notifie uniquement les refus.</p> <p>Les toxiques sont conservés dans un coffre fermé à clé. Il existe Une dotation pour les toxiques. Chaque prise est notifiée dans un cahier de relevés. Si le traitement est hors dotation, les stupéfiants sont retournés à la pharmacie centrale lorsque la prescription est finie ou le résident est décédé.</p>	
Prévention et gestion des risques liés à la personne accueillie	Nutrition Dénutrition	<p>L'établissement n'applique aucun régime sauf sur prescription médicale. Une pesée mensuelle est réalisée par l'équipe soignante et enregistrée dans crossway. L'IMC est surveillé et une fiche alimentation est établie si besoin.</p> <p>L'alimentation est enrichie selon les besoins par du fromage fondu, des petits suisses ou du lait en poudre voir des crèmes HP. Ces dernières sont revues tous les mois par le Médecin Co et les soignants.</p> <p>Les goûts et non goûts sont enregistrés lors de l'élaboration du projet de vie et mis à jour au fil de l'eau. Les proportions servies sont adaptées à la demande des résidents.</p> <p>Aucune alimentation entérale ou parentérale. Si le cas devait se poser, les résidents après une analyse du bénéfice seraient réorientés vers l'USLD.</p> <p>Concernant le jeun, le repas du soir est servi à 18h15 - 18h30, les petits</p>	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		déjeuners ne sont pas servis après 9h30. Les résidents qui ont faim peuvent faire la demande ou se voir proposer des collations la nuit par les soignants. Un chariot est mis à la disposition dans les étages.	
	Hydratation	En cas de déshydratation, des perfusions sous cutanée sont prescrites.	
	Incontinence	L'objectif de l'établissement est de maintenir l'autonomie le plus longtemps possible, dans ce cadre des mises aux toilettes sont faites par les soignants. Les toilettes évaluatives permettent de faire un état des lieux régulier.	
	Chutes	Les chutes sont déclarées par le soignant via le logiciel lantichute de la MSA. Les chutes de l'établissement sont intégrées dans celles du centre hospitalier. Aussi, la politique de prévention des chutes est commune avec celle du centre hospitalier. L'établissement ne préconise pas les contentions pour éviter les chutes.	Retravailler l'analyse des chutes pour en extraire une politique de prévention applicable à l'établissement qui pourrait être intégrée à votre projet de soin
	Détérioration cognitive	L'établissement accueille des personnes ayant des troubles du comportement de type Alzheimer.	Poursuivre la planification d'atelier mémoire dans le planning des animations
	Troubles psychiatriques	Un MMS et une évaluation cognitive sont réalisés par la psychologue dans le mois suivant l'arrivée du résident. Selon les besoins, ces évaluations peuvent être renouvelées plusieurs fois dans l'année. La psychologue est dédiée aux résidents. A ce titre, elle suit certains résidents. Les synthèses sont retranscrites dans les transmissions et une synthèse plus détaillée est conservée dans le dossier papier du résident. Des évaluations NPI sont également réalisées. L'établissement dispose d'un secteur sécurisé (Perdoux). L'établissement travaille en collaboration avec la consultation mémoire du Centre Hospitalier.	
	Douleur	Lorsqu'un résident se plaint de douleurs ou lorsque l'équipe soignante constate un "matière à" des évaluations dolo-plus sont réalisées. L'évaluation est faite par l'équipe soignante ou par les infirmières. Le personnel éprouve des difficultés pour réévaluer la douleur et adapter les	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>traitements. Cependant pour l'établissement la douleur est une urgence, selon ce constat le Médecin Co prescrit et prévient ensuite le médecin traitant.</p> <p>Une IDE de l'EHPAD est référente douleur.</p> <p>Les traitements antalgiques de fond ou chroniques sont en cours d'évaluation.</p> <p>Il n'y a pas de réflexion conjointe avec la psychologue pour faire le lien avec des traitements non médicamenteux.</p> <p>L'établissement peut s'appuyer sur le CLUD mis en place au Centre Hospitalier.</p>	
	Escarres	<p>En premier lieu, tous les résidents sont levés au moins une heure par jour. Le personnel veille à effectuer les transferts et les AS et la kinésithérapeute à mobiliser les résidents.</p> <p>La grille waterloo est utilisée pour évaluer le risque d'escarre. En fonction du score, de la mobilité et de l'état nutritionnel, un matelas dynamique est prescrit au résident.</p> <p>Un état des escarres ou des résidents à risque est fait lors des transmissions et des fiches de positionnement sont mises en place. Lorsqu'un point d'appui est avéré, un suivi est réalisé tous les jours ou tous les deux jours. Un protocole est écrit sur le moment, des pansements sont prescrits via crossway, des effleurages peuvent également être réalisés, dans ce cas, un protocole est imprimé et affiché dans la salle de bain.</p> <p>Des escarres au stade 1 sont constatées pour les grabataires notamment.</p>	
	Contention physique	<p>Des barrières de lit sont mises après évaluation de l'équipe soignant sur prescription médicale.</p> <p>Les barrières sont suivies dans le plan de soins qui est rédigé par le Médecin Co pour cette partie.</p>	Renforcer la collaboration avec les kinésithérapeutes pour les résidents à risque de chute plutôt que de mettre des contentions
	Fin de vie	Les directives anticipées sont enregistrées dans crossway depuis	Poursuivre l'enregistrement des directives

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
	Soins palliatifs Décès	<p>septembre 2014.</p> <p>L'accompagnement de fin de vie est essentiellement axé sur de l'écoute et des soins de confort (prévention des escarres, matelas dynamique, hydratation par perfusion, aide à la toilette, présence, écoute, prescription pour éviter la douleur et apaiser les anxiétés)</p> <p>La prise en charge palliative est assurée par l'équipe de l'établissement relayée par les équipes du Centre Hospitalier. La psychologue reçoit les familles. Un régulateur Mr Dusseau est présent pour le personnel. Des temps dédiés sont animés par le régulateur rattaché à l'hôpital.</p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs est opérationnelle depuis septembre 2014.</p> <p>Un protocole décès a été rédigé et signé par le centre hospitalier. Le constat de décès est fait par le médecin traitant du résident, en son absence le médecin Co le rédige. Pour la nuit les soignants appellent l'interne ou le médecin d'urgence du centre hospitalier.</p>	<p>anticipées.</p> <p>Formaliser la convention ou compléter la convention avec le CH</p> <p>Intégrer le protocole dans le classeur du personnel de nuit</p>

Restauration, hôtellerie et logistique

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Restauration	La place de la restauration dans le projet de vie individualisé	<p>L'établissement dispose d'une grande salle de restauration au rez-de-chaussée et de semi-self dans les étages.</p> <p>Les goûts et non goûts sont connus et suivis.</p>	
	Les conditions d'organisation de la restauration	<p>On note 4 menus d'été et 4 menus d'hivers. Les anniversaires sont fêtés tous les mois. Des repas à thème sont proposés tous les 2 mois environ, c'est le seul jour où tout le personnel mange avec les résidents.</p> <p>L'organisation des repas dans la journée est la suivante: petit-déjeuner en semi-self de 7h45 à 9h30 à chaque étage, déjeuner entre 12h et 13H, le service à l'assiette est effectué par le personnel, dîner entre 18h30 et 19h selon le même principe. Le goûter est servi lors de l'animation.</p> <p>Sur chaque secteur, des collations sont proposées le soir.</p> <p>Toutes les procédures HACCP sont connues et appliquées par le personnel. Le personnel n'a pas suivi de formation spécifique.</p> <p>On note 2 commissions menu par an.</p> <p>La satisfaction des résidents sur la restauration de l'établissement est abordée dans l'enquête de satisfaction. Les résidents interviewés ont indiqué que le service peut être parfois long. C'est un axe d'amélioration à prendre en compte.</p>	

Vie sociale	<p>La place de la vie sociale dans le projet de vie individualisé</p> <p>Les conditions d'organisation de la vie sociale</p>	<p>Un poste à temps plein dédié à cette fonction sur l'EHPAD. L'animatrice a suivi une formation spécifique en gérontologie. Elle participe au staff une fois par semaine (réunions de secteur) et les comptes rendus des staffs sont inscrits dans les dossiers de soin des résidents. Pour l'unité "sécurisée", un référent animation dédié. (le projet de théâtre résident/soignant est ouvert à l'unité sécurisée).</p> <p>Un local est dédié à ces activités. Les moyens déployés pour assurer les activités dans l'établissement sont importants: une salle d'activité avec zone informatique (peu utilisée à ce jour), une véranda ou serre interne, une cuisine thérapeutique, une salle de kinésithérapie, une salle de télévision.</p> <p>Les résidents portent tous une tenue de ville le jour; les changes pour le soir ne sont réalisés qu'à partir de 18h30.</p> <p>Les résidents peuvent recevoir leurs familles à l'étage où ils résident, un lieu leur est dédié. La "décomposition en zone" permet également de privilégier les petits regroupements après le diner.</p> <p>Chaque résident a son projet de vie complété des animations qui lui sont propres.</p> <p>Le matin les activités ont lieu dans les "tisaneries" afin de privilégier les relations plus individuelles avec les résidents.</p> <p>On compte environ 20 bénévoles pour les animations (aumônerie, bibliothèque, couture, jeux de société, accompagnement sorties, ateliers cuisine, pâtisserie...); ceci constitue un point fort de cet établissement. Des contrats sont en cours de rédaction avec les bénévoles afin de mieux cadrer les interventions quant aux horaires, modalités. Le secteur animation gère leur propre budget. des réunions animation sont organisées mensuellement.</p> <p>Les souhaits des résidents sont pris en compte autant que possible, le programme est construit sur ces bases. Pour les personnes qui participent peu aux animations collectives, des activités plus "individuelles" sont proposées par le référent soignant.</p>	<p>Il reste à mobiliser encore d'avantage de soignants autour de l'animation.</p> <p>Finaliser les contrats avec les bénévoles</p>
-------------	--	--	--

		<p>Des fiches de séances permettent d'évaluer les animations et de suivre l'assiduité aux activités.</p> <p>Accueil de jour Les activités sont organisées autour d'atelier cognitif le matin préparé et animé par la psychologue et d'atelier créatif les après-midi préparé par l'ergothérapeute. L'objectif est de créer un moment de partage.</p> <p>Des fiches de suivi par résident sont renseignées par les AMP (date, activités, investissement/autonomie, commentaires)</p>	
Hôtellerie	<p>La place de l'hôtellerie dans le projet de vie individualisé</p> <p>Les conditions d'organisation de l'hôtellerie</p>	<p>Les locaux communs sont identifiés par couleurs vives à chaque étage sa couleur. Les couloirs sont décorés ou en cours de décoration. Les parties communes sont « vivantes » et décorées selon l'actualité (tour de France, automne...)</p> <p>Tous les équipements sont accessibles dans toutes les chambres (téléphone, Internet, télévision, appel malade...)</p> <p>Environnement propre. L'architecture et le mode d'organisation de l'EHPAD ont une connotation "hospitalière".</p> <p>A l'entrée du résident un point sur les besoins d'aménagement de la chambre est fait avec le résident. Les chambres sont personnalisées si le résident le souhaite.</p> <p>L'établissement ne dispose que de chambres individuelles. Le jardin extérieur est propice à la promenade des résidents en toute sécurité.</p>	
Logistique	Hygiène et sécurité en lingerie	<p>Tous les protocoles de nettoyage sont élaborés et suivis; ils sont calqués sur l'organisation hospitalière. Toutes les opérations de nettoyage sont tracées. Une personne référente a été désignée par domaine ce qui a donné lieu à la rédaction des protocoles avec la collaboration et la validation de la cadre et de l'infirmière hygiéniste.</p>	Envisager d'afficher dans les chambres le listing "traçabilité de l'entretien de la chambre".

	<p>Les protocoles sont rédigés et connus des intervenants, une formation dédiée aux nouveaux salariés et aux stagiaires. En cas d'infection, des protocoles d'isolement sont appliqués : le linge infecté est mis dans un sac rouge hydrosoluble.</p> <p>Plusieurs familles se plaignent de linge abîmé ou égaré.</p> <p>Tous les locaux techniques et sensibles sont fermés à clés (produits d'entretien, de désinfection et les produits dangereux...)</p> <p>Une salle de laverie est mise à disposition du résident et de sa famille pour favoriser l'autonomie. Même si les machines sont quelquefois en panne, car mal utilisées par les résidents, l'établissement souhaite conserver ce local et les répare dès que cela est nécessaire.</p> <p>Le marquage du linge est assuré par les bénévoles de l'EHPAD.</p>	Améliorer le processus de gestion du linge.
Hygiène et sécurité en entretien des locaux	<p>Le ménage de l'établissement est réalisé par les ASH. Les chambres sont nettoyées dans la matinée et les parties communes par les ASH et le personnel de nuit.</p> <p>Les chambres sont nettoyées tous les jours.</p> <p>Tous les protocoles de nettoyage sont élaborés et suivis; ils sont calqués sur l'organisation hospitalière.</p> <p>Toutes les opérations de nettoyage sont tracées.</p> <p>Une personne référente a été désignée par domaine ce qui a donné lieu à la rédaction des protocoles avec la collaboration et la validation de la cadre et de l'infirmière hygiéniste.</p> <p>Les protocoles sont rédigés et connus des intervenants, une formation est proposée aux nouveaux salariés et aux stagiaires</p>	Faire le tri des fiches techniques des produits encore utilisés.
Gestion des déchets	<p>Les zones de stockage sont conformes, les DASRI sont enlevés tous les jours par une entreprise spécialisée.</p>	
Risque infectieux	<p>Pour l'évacuation des déchets à risque infectieux, un protocole ad-hoc est mis en place et, une procédure spécifique BMR est établie et suivi et est disponible à tous les étages).</p> <p>Lorsqu'un risque est avéré, le résident est mis en isolement. Une affiche</p>	

		<p>est collée sur la porte de la chambre du résident. Et une desserte contenant tout le nécessaire est mis à disposition à l'entrée de la chambre. Le protocole à appliquer est également affiché.</p> <p>La matérialisation sur la porte du résident d'un risque infectieux par un panneau pourrait être considérée comme une atteinte à la dignité.</p> <p>Le DARI a été réalisé avec le Centre Hospitalier en 2013.</p>	Rendre plus discret l'affiche signalant le risque
	Maintenance	<p>Le diagnostic accessibilité a été réalisé, il faut poursuivre les actions d'amélioration.</p> <p>Le risque incendie fait l'objet de formations régulières dispensées et un affichage est conforme.</p>	

Bientraitance, mission du responsable et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Etude des risques et des fragilités	Evaluation	A l'entrée du résident, une évaluation de ces capacités est réalisée, permettant ensuite en équipe de définir les soins adaptés à ses besoins, avec la logique de maintenir son autonomie. Ces évaluations gériatriques standardisées, toilette évaluative TAI permettent d'alimenter également le projet de vie personnalisée. Le personnel est formé pour la communication auprès de personne non-communicante (ex : douleur : utilisation de l'échelle Dolo +)	
	Accompagnement des personnes mal ou non communicantes		
Libertés individuelles	Liberté d'aller et venir	Le personnel respecte les libertés des résidents. Ce prérequis est notifié dans le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement. Chaque résident peut aller et venir librement à l'exception des résidents hébergés en unité sécurisée et les résidents de l'accueil de jour.	
	Liberté de fumer		
	Liberté sexuelle		
Formation		De nombreuses formations sont faites en vue de développer cette notion de bientraitance (Humanitude, bientraitance, soins palliatifs et accompagnement, douleur...). Le plan de formation 2013-2014 prévoyait les thèmes Bientraitance, troubles du comportement, Humanitude. En 2015 sont prévus Snoezelen et Humanitude. Une évaluation de l'impact de ces formations est réalisée au cours de l'entretien individuel annuel.	
Respect de la réglementation et des bonnes pratiques		Une veille informative est assurée en matière de réglementation et recommandation par le Centre Hospitalier. Une charte de bientraitance a été rédigée en 2013. Elle est transmise au résident dans la plaquette de présentation.	
Garantir la professionnalisation des équipes		La répartition des AS est faite en secteur avec un roulement afin d'assurer une homogénéité des tâches et une connaissance globale des résidents.	
Charte bientraitance		Une charte de bientraitance a été rédigée en 2013. Elle est transmise au résident dans la plaquette de présentation.	
Qualité de vie au travail		Une politique Qualité "gestion des risques" est commune avec l'hôpital; en	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>2015 une politique spécifique à l'EHPAD sera rédigée.</p> <p>La cartographie des risques est en cours d'élaboration et sera applicable à l'EHPAD dès sa finalisation.</p> <p>Elle comprend les points suivants: Qualité et sécurité de la prise en charge des patients, gestion des événements indésirables et dommages associés aux soins, développement de l'offre "éducation thérapeutique", système d'identitovigilance (ex fugues), formaliser les processus de réalisation des soins (2 processus à minima).</p>	
La qualité du lien entre professionnels et usagers		<p>A chaque entretien, le personnel a mis en avant la nécessité de faire une analyse bénéfique risque en groupe avant de statuer sur les soins à prodiguer.</p> <p>Le personnel est respectueux des résidents et de leur entourage. Des échanges se font régulièrement entre eux.</p> <p>Au regard des échanges avec les familles et proches, celles-ci semblent satisfaites de la qualité des échanges avec les professionnels. Elles apprécient la politique des médicaments "au juste nécessaire", l'entretien avec le médecin et l'infirmière dès l'entrée de la personne dans l'établissement. Le CVS semble bien fonctionner et être un réel moment d'expression des familles et résidents. Cependant il est noté une baisse d'animations sur l'espace sécurisé depuis quelques temps.</p> <p>La psychologue se tient à la disposition du résident et de sa famille. Le soignant référent est également un interlocuteur privilégié pour répondre aux questions du résident et de sa famille.</p> <p>Accueil de jour</p> <p>Un cahier de liaison par résident est préparé par l'équipe et le résident. Il contient la fiche activité de la journée, le repas et des photos. Ce document permet aux familles de savoir ce que le résident a fait pendant sa journée.</p>	
Vie sociale		Les toilettes évaluatives permettent de faire un point sur les actes de la vie	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		quotidienne. Une boutique de vêtements est proposée au rez-de chaussée. Un salon de coiffure est disponible et une salle informatique avec Internet et le wifi sont mis à disposition des résidents.	
Gestion des risques de maltraitance	Numéro national	La bientraitance est abordée lors des transmissions, en formation interne et externe. Le numéro ALMA est affiché uniquement dans le hall d'entrée.	Afficher le numéro national ALMA dans les étages
Rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Sensibilisation	Le formulaire de déclaration des événements indésirables est accessible dans Bluemédi par tous les agents; un suivi en est fait par le cadre de santé ainsi qu'à travers le tableau de bord de la Direction de gestion des risques.	
	Vigilance		
	Traitement		

Projet d'établissement et ouverture de l'établissement à et sur son environnement

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
1ère partie : Le projet d'établissement			
Conformité aux différentes étapes d'élaboration	Modalités de mise en œuvre	Un projet d'établissement a été rédigé, il date de 2008. Il expose les projets de construction du nouvel EHPAD qui a vu le jour en 2010. Le projet n'est plus d'actualité.	Poursuivre la rédaction du projet d'établissement 2014-2019 en prenant en compte les RBP de l'ANESM Présenter le projet d'établissement au CVS
	Élaboration du projet d'établissement	La rédaction du projet d'établissement a été réalisée en équipe pluridisciplinaire – Médecin Co, animatrice et les référents selon la thématique abordée. L'objectif pour la mise à jour du projet d'établissement 2015-2020 est de conserver les groupes de travail de l'évaluation interne pour rédiger les parties nécessitant une mise à jour.	
	Diffusion du projet d'établissement		
	Participation active des parties prenantes		
Nature de l'offre : Organisation des activités dans le projet d'établissement	Nature de l'offre de service	Il est décomposé en projet de vie et en projet de soins. Le projet de vie présente :	
	L'organisation interne de l'offre de service	- les relations avec la filière gérontologique et les autres partenaires, - une étude des besoins sur le département - une présentation de la situation géographique de l'établissement - le projet de vie	
Ancrage des activités dans le territoire : partenariat et ouverture	Les principes d'intervention	Le projet de soins présente quant à lui :	
		- les outils de prévention - la continuité des soins et l'accès aux informations pour les résidents - l'organisation des soins - la formation initiale et continue	
Les professionnels et les compétences mobilisés		La convention tripartite est en cours de renouvellement, elle est soumise au conseil de surveillance le 17/10/2014. Les objectifs de la convention tripartite sont issus de l'audit médical réalisé par 2 médecins et par l'audit administratif réalisé par des représentants du Conseil général et la DT24. Dix objectifs ont été fixés.	
Adéquation Projet Etablissement et moyen financier		Un plan pluriannuel d'investissement est en place. Un budget est défini chaque année. Un suivi régulier du budget est réalisé.	
2ème partie : L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement			
Les axes	Construction de	L'établissement de par sa proximité avec le centre hospitalier bénéficie de	

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
d'ouverture	<p>l'ancrage territorial de l'établissement</p> <p>Opportunité d'ouverture sur d'autres publics</p> <p>Interroger les prestations et les activités</p> <p>Interroger l'organisation interne des groupes de vie</p>	<p>l'intervention de nombreux experts. Aucune convention n'a été signée avec le Centre hospitalier.</p> <p>L'établissement est ouvert vers l'extérieur et développe de nombreux partenariats et organise des regroupements notamment avec le Centre Hospitalier, la MAIA du Grand Bergeracois, l'établissement de La Madeleine, le conseil des séniors, France Alzheimer... L'EMASP est opérationnelle depuis septembre 2014 et un dossier a été déposé pour l'EMOG.</p> <p>Une dizaine de convention avec les médecins traitants sont signées. Un ergothérapeute intervient à l'accueil de jour uniquement. Une diététicienne rattachée à l'hôpital intervient pour l'élaboration des menus.</p> <p>Pour les bénévoles, un contrat et une charte sont signés par le bénévole. Ces documents permettent de bien cadrer l'intervention du bénévole et de préciser la zone d'intervention.</p> <p>Des réunions mensuelles sont organisées avec la MAIA. Les urgences et les dossiers des personnes en difficulté sont présentés aux différents partenaires et discutés pour trouver des solutions.</p>	
Les leviers de l'ouverture	<p>Développer les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accueillies</p> <p>Intervention des bénévoles</p> <p>Développer le caractère accueillant de l'établissement</p> <p>Soutenir les professionnels dans la mise en place de l'ouverture</p>	<p>Dans le cadre des projets d'animation, de nombreuses activités sont proposées avec des personnes de l'extérieur (activités intergénérationnelles, brocante ...). Ces rencontres permettent d'ouvrir l'établissement à son environnement.</p> <p>On compte environ 20 bénévoles pour les animations (aumônerie, bibliothèque, couture, jeux de société, accompagnement sorties, ateliers cuisine, pâtisserie...).</p>	

Stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Personnel	Analyse des besoins	Un suivi mensuel du plan de charge par catégorie de personnel est mis en place.	
	Définition et mise en œuvre d'une stratégie	Un tableau spécifique pour la gestion des remplacements est également suivi (idem en ce qui concerne les points mensuels des présences). Un logiciel outil fourni par l'hôpital permet la gestion RH. A ce jour le taux d'absentéisme est de 7%.	
	Définition des missions	<p>Les formations proposées dans le programme institutionnel permettent de répondre aux besoins des résidents.</p> <p>La Gestion Prévisionnelle des Compétences est suivi au travers du tableau de bord RH.</p>	
Le management d'équipe et l'organisation	Phase d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels	Le personnel est recruté sur fiche de poste selon les besoins.	
	L'organisation du travail d'équipe	Un entretien annuel avec le salarié a lieu chaque année.	
	Avis des professionnels	Des transmissions ont lieu 2 fois par jour. Les commentaires concernent principalement les soins, l'approche est assez similaire à celle du centre hospitalier. L'infirmière prend systématiquement des notes.	
	Formation continue	Chaque AS a son secteur. Un roulement est réalisé sur le secteur pour "équibrer" la charge de travail. Chaque résident a 2 référents; les infirmières référentes doivent veiller à tenir à jour la liste des référents.	
	Préparer et suivre les actions de formations	<p>Le plan de formation de l'EHPAD est intégré au plan de formation de l'hôpital. Les besoins en formation sont relevés au cours de l'entretien annuel réalisé avec le salarié et le cadre supérieur hiérarchique; ceci est renseigné dans le logiciel "GESTFORM INTRANET". Celui-ci est encore peu utilisé par manque de formation interne à l'outil. Les demandes peuvent être hiérarchisées.</p> <p>En 2014 les principales formations ont été: Bienveillance, troubles du comportement, Humanitude.</p>	Poursuivre la formation interne pour utiliser le logiciel GESTFORM

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
		<p>La prochaine commission formation aura lieu en novembre 2014; pour l'an prochain, les 2 axes Snoezelen et Humanitude seront privilégiés.</p> <p>Le taux de réalisation des formations sur les axes institutionnels est de 100% en général.</p> <p>L'application du Développement Professionnel Continu est en cours de mise en place; des programmes internes sont en cours d'écriture, ils concerneront: gestes et postures, Escarres, éducation thérapeutiques, Douleurs...</p>	
	Evaluation du personnel	<p>L'évaluation annuelle est organisée via les entretiens annuels. 2 types de documents renseignent sur les "attendus" auprès des salariés: les fiches de fonction et fiches de poste (ou listes des tâches) qui sont adaptées au rythme de la journée.</p> <p>Le document est informatisé et en partage, ceci est un bon outil mais il n'est pas sécurisé.</p> <p>Il s'agit de prévoir une procédure de validation de la documentation.</p>	
	Soutien du personnel	<p>Le soutien au personnel est assuré par un psychologue médiateur rattaché au Centre Hospitalier.</p> <p>Des temps dédiés sont notamment mis en place pour soutenir le personnel lors d'une fin de vie.</p> <p>Un document unique a été réalisé et mis à jour.</p>	
	Travailler en lien avec des réseaux et des fédérations	<p>L'établissement échange beaucoup avec l'établissement de La Madeleine.</p> <p>L'établissement est ouvert vers l'extérieur et développe de nombreux partenariats et organise des regroupements notamment avec le Centre Hospitalier, la MAIA du Grand Bergeracois, le conseil des seniors, France Alzheimer... L'EMASP est opérationnelle depuis septembre 2014 et un dossier a été déposé et pour l'EMOG.</p>	

Réflexion éthique

Chapitre	Thèmes	Dispositions observées	Préconisations
Pilotage de la structure	Définition d'une politique	La question bénéfice risque est présente au sein de l'établissement. Pour l'instant, l'établissement n'a pas constitué de comité d'éthique. Les sujets sont abordés mais ne sont pas formalisés.	Mettre en place les préconisations de la formation
	Développement d'une politique		
Conditions préalables	Management et stratégie	Une formation est programmée les 6 et 7 octobre 2014 ainsi que le 13 novembre 2014. Y ont participé le médecin coordonnateur, le cadre de santé, une AS.	
	Management et organisation		
	Valeurs connues et partagées		
	Plan de formation adapté		
	Une communication interne favorisée		
	Suivi des décisions		
	Le système d'information		
	Ouverture sur l'extérieur		
Instance(s) chargée(s) de la réflexion éthique	Comité d'éthique		
	Organisation		
	L'animation de l'instance		
Pérennisation de la démarche	Communication autour de l'instance éthique		
	Moyens et ressources		
	Evaluation de cette démarche		

►► Synthèse des résultats

La conduite de l'évaluation interne

Introduction

L'évaluation interne de l'EHPAD Jardin d'Antan a été menée, en 2013. La démarche a été collective et participative.

Le choix du référentiel s'est porté sur le référentiel informatisé de la FHF. La réflexion a été menée par groupe de travail par thématique du référentiel et partage sur l'intranet.

Concernant la sollicitation des usagers, une enquête de satisfaction a été organisée en parallèle de l'évaluation interne, auprès des résidents, de leurs représentants légaux le cas échéant ainsi que des familles.

L'évaluation interne a été faite avec objectivité, et le plan d'actions élaboré est pertinent et bien suivi. Au cours de l'évaluation externe, nous avons pu noter la mise en place de plusieurs actions. L'établissement est dans une réelle démarche d'amélioration.

La conduite de l'évaluation externe

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

Le projet d'établissement est spécifique à l'établissement. Le projet est daté d'avril 2008, il est obsolète. L'établissement a prévu de le mettre à jour suite à la réalisation de l'évaluation interne et suite à la préparation de la convention tripartite 2^{ème} génération. Les objectifs définis dans ce projet devront être cohérents avec les besoins du territoire et des usagers et les résultats de l'évaluation interne, externe et les objectifs de la convention.

L'établissement bénéficie de l'expertise du centre hospitalier. Les équipes en interne ont les diplômes correspondant à leur fonction.

L'intégration au niveau des services est organisée par le cadre de santé de l'établissement. Une fiche de poste est distribuée et présentée.

Tous les ans, un entretien d'évaluation est effectué par les cadres de santé auprès du personnel et des formations annuelles sont proposées permettant ainsi de développer et/ou maintenir les compétences des collaborateurs

Le soutien du personnel est très important, il est réalisé par le psychologue médiateur du Centre Hospitalier pour prévenir et traiter d'éventuels épuisements du personnel. De plus, le cadre de santé développe un management participatif et est à l'écoute des collaborateurs.

L'établissement comprend des personnes âgées dépendantes et atteintes de troubles du comportement. Le médecin coordonnateur rédige le rapport médical qui ne contient pas tous les indicateurs requis par l'ARS et l'ANESM. L'informatisation avec le développement de Crossway permettra de pallier à ce point.

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

L'établissement de par sa proximité avec le centre hospitalier bénéficie de l'intervention de nombreux professionnels spécialisés. Aucune convention n'a été signée avec le Centre hospitalier.

L'établissement est ouvert vers l'extérieur et développe de nombreux partenariats et organise des regroupements notamment avec le Centre Hospitalier, la MAIA du Grand Bergeracois, l'établissement de La Madeleine, le conseil des séniors, France Alzheimer... L'EMASP est opérationnelle depuis septembre 2014 et un dossier a été déposé pour l'EMOG.

Des réunions mensuelles sont organisées avec la MAIA. Les urgences et les dossiers des personnes en difficulté sont présentés aux différents partenaires et discutés pour trouver des solutions.

Une dizaine de convention avec les médecins traitants sont signées.

Un ergothérapeute intervient à l'accueil de jour uniquement.

Une diététicienne rattachée à l'hôpital intervient pour l'élaboration des menus.

Pour les bénévoles, un contrat et une charte sont signés par le bénévole. Ces documents permettent de bien cadrer l'intervention du bénévole et de préciser la zone d'intervention.

Les intervenants extérieurs sont satisfaits de la collaboration et de la prise en charge des résidents.

Le dossier médical et de soins du résident comprend des fiches spécifiques permettant à chaque intervenant de transmettre les informations, mais les transmissions avec les intervenants extérieurs se font surtout de façon orale, le dossier du résident est utilisé pour tracer les informations importantes et marquantes. Les équipes soignantes utilisent le logiciel du Centre hospitalier, le personnel doit être formé pour l'utiliser au mieux.

De nombreuses activités sont proposées aux résidents du lundi au vendredi. Les associations et des bénévoles participent activement aux animations. L'établissement maintient ainsi le lien social avec l'extérieur.

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

Les projets d'accompagnement individuel sont rédigés en équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel de santé a son rôle à jouer pour rédiger le projet de vie du résident : le Médecin Co, la cadre de santé, l'infirmière, la psychologue, les soignants et la kinésithérapeute y participent.

En cas d'admission en urgence, le projet est présenté en transmission.

Chaque AS est référente de 5 ou 6 résidents. Ils sont disponibles de façon privilégiée pour répondre aux questions des familles et aux résidents. Les soignants recueillent l'histoire de vie, le Médecin Co et la psychologue complète le projet de vie en recevant le résident et sa famille. Les informations contenues dans le projet de vie sont mises à jour au fil de l'eau et des échanges avec le résident et sa famille.

Les soignants recueillent l'histoire de vie, le Médecin Co et la psychologue complète le projet de vie en

recevant le résident et sa famille. Le plan de soins est informatisé, les toilettes évaluatives sont enregistrées dans le dossier du résident.

Le projet de vie est présenté au résident et à sa famille.

Pour l'accueil de jour, La psychologue explique au résident les raisons de sa présence à dans cette unité. Le médecin s'entretient avec le résident et sa famille pour recueillir les goûts et non goûts, faire le point sur l'autonomie du résident, réaliser l'évaluation GIR et recenser les activités que le résident aime faire. Les résidents ne sont pas invités à la présentation de leur PAI.

Une fois par an, les projets d'accompagnement individualisés doivent être réévalués et réajustés en réunion d'équipe, en fonction de l'évolution des besoins individuels et des contraintes institutionnelles. L'établissement n'a pas établi un planning de réévaluation, l'objectif est fixé à une réévaluation par mois.

Tout résident (qui peut être accompagné de la personne de son choix) et, le cas échéant, son représentant légal, peut avoir accès, sur demande formulée de manière précise, à son dossier médical de soin (loi du 4 mars 2002).

Au regard des échanges avec les familles, celles-ci semblent satisfaites de la qualité des échanges avec les professionnels. Elles apprécient la politique des médicaments "au juste nécessaire", l'entretien avec le médecin et l'infirmière dès l'entrée du parent dans l'établissement. Le CVS semble bien fonctionner et être un réel moment d'expression des familles et résidents. Cependant il est noté une baisse d'animations sur l'espace sécurisé depuis quelques temps. Les résidents disent ne pas connaître le CVS.

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

Le personnel est soucieux du respect du consentement, de la dignité et de l'intimité des résidents. Il n'y a pas de chambre double mais 4 chambres communicantes, les chambres disposent toute d'une salle de bain individuel. Le personnel reste vigilant pour assurer respect et intimité aux résidents lors des toilettes.

Le personnel respecte les résidents et leur famille, aucun tutoiement n'a été constaté. Le personnel est bienveillant.

En cas de faits de maltraitance, une déclaration est organisée. Tout évènement indésirable fait l'objet d'une déclaration dans Bluemédi. Elle est accessible à tous les agents. Un suivi en est fait par le cadre de santé ainsi qu'à travers le tableau de bord de la Direction de gestion des risques.

L'établissement a mis en place les moyens de prévention des risques relatifs aux spécificités des résidents avec le développement des moyens de prévention pour les escarres, la douleur, les chutes, nutrition... Des points d'amélioration sont identifiés quant à la prise en charge de la douleur, des troubles cognitifs et le thème de la bientraitance.

Un important travail de formalisation des procédures et protocoles a été fait et doit être poursuivie notamment en adaptant certaines procédures du centre hospitalier à la gériatrie.

Concernant les risques infectieux, le DARI, des procédures et protocoles sont en place.

►► Conclusion

Cette évaluation nous a permis d'apprécier la qualité des prestations réalisées, le professionnalisme et l'implication des professionnels dans la personnalisation de la prise en charge en fonction des souhaits et besoins des résidents. L'établissement « neuf » est aménagé pour créer des espaces de vie et décoré pour créer un environnement chaleureux. Le résident est au cœur des discussions, son bien-être est la priorité des équipes.

Les résidents et familles sont satisfaits de la prise en charge au sein de l'établissement, tout comme les intervenants extérieurs.

L'EHPAD bénéficie de sa proximité avec le centre hospitalier de nombreux protocoles et procédures et d'experts qui viennent en conseil ou en soutien au personnel soignant. L'établissement sait également utiliser le réseau et est parfaitement intégré parmi les autres partenaires.

L'évaluation interne a été l'occasion de mobiliser les équipes et de prendre le temps de « se poser » pour prendre du recul et faire le point sur les pratiques et le chemin à parcourir pour atteindre toutes les recommandations et bonnes pratiques de l'ANESM, le projet d'établissement reste à mettre à jour et les sujets éthiques doivent être formalisés.

►► Annexe

- Programme évaluatif
- Abrégé
- Contenu des échanges conduisant du pré-rapport au rapport définitif
- Habilitation ANESM
- Déclaration sur l'honneur
- Contrat

EVALUATION EXTERNE

Au Jardin d'Antan - Centre Hospitalier Bergerac

PROGRAMME EVALUATIF

STRUCTURE CONCERNEE :

Au Jardin d'Antan - Centre Hospitalier de Bergerac
Représenté par Mr Gouneau

SERVICES CONCERNÉS : TOUS

OBJECTIFS DE L'EVALUATION EXTERNE :

- Porter une appréciation globale
- Examiner la dynamique d'amélioration continue : plan d'action et résultats de la démarche qualité engagée
- Examiner le respect des bonnes pratiques ANESM
- Elaborer des proposition et/ou préconisations

CADRE DE REFERENCE :

- Référentiel d'évaluation interne : Référentiel informatisé FHF Blue Médi + RBP Anesm et autres outils de référence
- Recommandations ANESM applicables

DATES DE L'EVALUATION : les 3 et 10 octobre 2014, (1 j à 2 évaluateurs pour l'accueil permanent et temporaire, 0,5j à 1 évaluateur pour l'accueil de jour)

EVALUATEUR : Elsa MARTIN et Véronique MONLLOR

PROGRAMME EVALUATIF ACCUEIL PERMANENT ET TEMPORAIRE

03 OCTOBRE 2014 – EVALUATEUR 1

Heure	Thème évalué*	Moyens	Personne / fonction
9H15	1/ Visite des locaux (accueil permanent et de jour) <ul style="list-style-type: none"> Espaces et cadre de vie Espaces privatifs /collectifs Espaces extérieurs 	Visite des locaux	Directeur
10H00	2/ Projet d'établissement / Ouverture sur l'extérieur : <ul style="list-style-type: none"> Présentation de la structure, Définition de l'organisation et des responsabilités Connaissance du contexte local, des modes de financement du PE, Connaissance du cadre réglementaire et des recommandations de l'Anesm, Relations avec l'extérieur 	Schéma départementale Convention tripartite Projet d'établissement Livret d'accueil	Président et/ou membre(s) du CA, Directeur
11h00	3/ Organisation de l'accueil et de l'admission <ul style="list-style-type: none"> Modalité d'admission Contractualisation Projet personnalisé Gestion des biens du résident 	Contrat de séjour Consultation de 5 dossiers bénéficiaires Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, info droits et libertés Facture Projet de vie / Projet personnalisé.	Directeur / Administratif
11h40	4/ Rencontre résidents Garantie des droits individuels Personnalisation de l'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> Prévention des risques 		Entretien avec 2 ou 3 résidents
12H00	Pause déjeuner au sein de la résidence		
13h00	5/Personnalisation de l'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> Projet personnalisé Personnalisation des activités individuelles et collectives Possibilité de maintien des liens sociaux 	Projet personnalisé Projet animation	Psychologue (en congé maternité) remplacé par entretien avec médecin coordonnateur
13h45	6/Transmission		IDE / AS
14h15	7/ Prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité <ul style="list-style-type: none"> Organisation de la prise en charge et Continuité des soins Prévention et suivi <ul style="list-style-type: none"> Projet personnalisé 	Projet de soins de l'établissement Conventions EHPAD-Hôpital – Intervenants libéraux RBP Anesm Procédures/ protocoles Evénements indésirables	Médecin coordonnateur
15h15	8/ Prévention des risques liés à la santé et à la	Projet de soins de	IDE référente

Heure	Thème évalué*	Moyens	Personne / fonction
	<p>vulnérabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la prise en charge et Continuité des soins • Prévention et suivi • Circuit des médicaments <p>Maintien des capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des toilettes <p>Personnalisation de l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projet personnalisé <p>Accompagnement en fin de vie</p>	<p>l'établissement</p> <p>Continuité des soins, coordination EHPAD-Hôpital et coordination</p> <p>Procédures/ protocoles</p> <p>Plan bleu</p> <p>DARI</p> <p>Evénements indésirables</p> <p>Projet personnalisé</p> <p>RBP Anesm</p>	<p>IDE</p>
16h45	<p>9/Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la prise en charge • Prévention et suivi <p>Maintien des capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des toilettes <p>Personnalisation de l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projet personnalisé <p>Accompagnement en fin de vie</p>		<p>3 ou 4 AS</p>
17h45	<p>10/ Débriefing de fin journée</p>		<p>Directeur et toute autre personne qui le souhaite</p>

03 OCTOBRE 2014 – EVALUATEUR 2

Heure	Thème évalué*	Moyens	Personne / fonction
9H15	1/ Visite des locaux (accueil permanent et de jour) <ul style="list-style-type: none"> Espaces et cadre de vie Espaces privatifs /collectifs Espaces extérieurs 	Visite des locaux	Directeur
10H00	2/ Gestion des Ressources (humaines, matérielles, financières)	Fiche de poste /Plan de formation / Budget	Directeur et/ou responsable RH
11h00	3/ Maîtriser la qualité et les risques <ul style="list-style-type: none"> Politique qualité / politique de prévention maltraitance Traitement des réclamations, fiche de signalement Plan d'actions 	Fiche de signalement Plan d'actions Registre des réclamations	Directeur Qualiticien
12H00	Pause déjeuner au sein de la résidence		
13h00	4/ Rencontre intervenant extérieur : kinésithérapeute, médecin...(ou analyse questionnaire) Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents Continuité des soins		Evaluateur 1 : Médecin traitant Evaluateur 2 : Kiné
13h45	5/Transmission		IDE / AS
14h15	6/ Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents <ul style="list-style-type: none"> Risque infectieux Garantie des droits individuels Prévention des risques techniques	Protocoles	Agent de service Agent d'entretien
15h30	7/ Rencontre avec familles et proches / CVS Garantie des droits individuels Personnalisation de l'accompagnement	Compte rendu CVS	2 Familles et proches
16h00	8/ Prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des résidents <ul style="list-style-type: none"> Risque infectieux Garantie des droits individuels Prévention des risques techniques	Protocoles	Restauration
16h45	9/ Maintien des liens sociaux <ul style="list-style-type: none"> Personnalisation des activités individuelles et collectives Maintien des liens sociaux Ouverture sur son environnement 	Programme d'animation Convention partenariat	Animatrice / AMP
17h45	10/ Débriefing de fin de journée		Directeur et toute autre personne qui le souhaite

PROGRAMME EVALUATIF ACCUEIL DE JOUR

10 OCTOBRE 2014

Heure	Thème évalué*	Moyens	Personne / fonction
6H00	1/Rencontre avec le personnel de nuit <ul style="list-style-type: none"> • Observation fin de nuit • Observation transmission 	Protocoles et enregistrements	Veilleuses de nuit
9H15	1/ Visite des locaux (accueil permanent et de jour) <ul style="list-style-type: none"> • Espaces et cadre de vie • Espaces privatifs /collectifs • Espaces extérieurs 	Visite des locaux	Directeur
9h30	2/ Projet d'accueil / Ouverture sur l'extérieur : <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la structure, • Définition de l'organisation et des responsabilités • Connaissance du contexte local, des modes de financement du PE, • Connaissance du cadre réglementaire et des recommandations de l'Anesm, • Relations avec l'extérieur 	Schéma départementale Convention tripartite Projet d'établissement Livret d'accueil	Directeur
10h00	3/ Organisation de l'accueil et de l'admission <ul style="list-style-type: none"> • Modalité d'admission • Contractualisation • Projet personnalisé 	Contrat d'accueil Consultation de 2 dossiers bénéficiaires Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, info droits et libertés Facture Projet de vie / Projet personnalisé	Directeur / Administratif
10h30	4/Personnalisation de l'accompagnement <ul style="list-style-type: none"> • Projet personnalisé • Personnalisation des activités individuelles et collectives 	Projet personnalisé Projet animation	AS et animatrice
11h30	5/ Prévention des risques liés à la santé et à la vulnérabilité Garantie des droits individuels		IDE et AS Animatrice
12h15	6/ Débriefing de fin de demie journée		Directeur et toute autre personne qui le souhaite

ABREGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

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.

1. La démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats, ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre	Démarche participative incluant des groupes de travail pluridisciplinaire		
Exploitation	Objectivité des résultats Bon suivi du plan d'actions		

2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS

(Exemples d'items : Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Disponibilité des recommandations ANESM et autres éléments réglementaires	Veille par le service juridique		
Modalités d'appropriation des recommandations	Application des RBP		

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet

d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement	Suite à l'évaluation interne, le projet d'établissement est en cours de réécriture par les équipes	Projet d'établissement obsolète	Poursuivre la rédaction du projet d'établissement 2014-2019 en prenant en compte les RBP de l'ANESM Présenter le projet d'établissement au CVS
Cohérence du PE et déclinaison sur les activités	Objectifs de la convention issue des audits médical et administratif		
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	Activités d'animation adaptées - discussion en équipe Toilettes évaluatives réalisées en vue de maintenir l'autonomie		Poursuivre la planification d'atelier mémoire dans le planning des animations

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

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Partenariat	Lien étroit avec le réseau Charte des bénévoles		Finaliser les contrats avec les bénévoles
Activités / animation	Nombreuses animations réalisées par différents intervenants Animation ouverte au public (brocante par exemple)		Mobiliser les soignants autour des animations
Perception de l'établissement vis-à-vis des intervenants extérieurs	Bonne perception des intervenants extérieurs		Renforcer la collaboration avec les kinésithérapeutes pour les résidents à risque de chute plutôt que de mettre des contentions

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé, ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Mise en œuvre et actualisation des Projets personnalisés	Le projet de vie est réalisé de manière participative.	Planifier les réévaluations	Poursuivre la réévaluation des projets d'accompagnement individualisés Intégrer un volet fin de vie, personne de confiance et animation dans le projet de vie personnalisé
Projet personnalisé	Cohérent		
Individualisation de la prise en charge	Les données sont retranscrites dans le dossier du résident qui est régulièrement mis à jour par les équipes soignantes	Les transmissions sont sur Word	Finaliser la formation du personnel pour effectuer les transmissions via Crossway

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités et effectivité des modalités d'expression	Ecoute des équipes Disponibilité du cadre de santé Analyse des EVI		
CVS		Méconnaissance par les familles et les résidents	Optimiser la communication sur le CVS

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

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Garantie des droits	Respect de l'intimité, dignité, consentement		
Bienveillance / traitement des faits de maltraitance	Procédure Fiche de signalement Analyse Formation		Afficher le numéro ALMA dans les étages Mettre en place les préconisations de la formation éthique
Prévention, gestion des risques au niveau	Bonne prévention et traitement des escarres, douleurs, chutes, contention,		Renforcer la collaboration avec les kinésithérapeutes pour les résidents à risque de chute plutôt que de mettre des contentions

soins	fin de vie Formation du personnel		
Circuit du médicament	Validation de la prise du médicament via Crossway		Formaliser le double contrôle des piluliers
Prévention, gestion des risques au niveau hébergement	Protocoles élaborés et suivis	Famille insatisfaite du traitement du linge	Envisager d'afficher dans les chambres le listing "traçabilité de l'entretien de la chambre". Améliorer le processus de gestion du linge.

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

Cette évaluation nous a permis d'apprécier la qualité des prestations réalisées, le professionnalisme et l'implication des professionnels dans la personnalisation de la prise en charge en fonction des souhaits et besoins des résidents. L'établissement « neuf » est aménagé pour créer des espaces de vie et décoré pour créer un environnement chaleureux. Le résident est au cœur des discussions, son bien-être est la priorité des équipes.

Les résidents et familles sont satisfaits de la prise en charge au sein de l'établissement, tout comme les intervenants extérieurs.

L'EHPAD bénéficie de sa proximité avec le centre hospitalier de nombreux protocoles et procédures et d'experts qui viennent en conseil ou en soutien au personnel soignant. L'établissement sait également utiliser le réseau et est parfaitement intégré parmi les autres partenaires.

L'évaluation interne a été l'occasion de mobiliser les équipes et de prendre le temps de « se poser » pour prendre du recul et faire le point sur les pratiques et le chemin à parcourir pour atteindre toutes les recommandations et bonnes pratiques de l'ANESM, le projet d'établissement reste à mettre à jour et les sujets éthiques doivent être formalisés.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items : descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...).

Items (5 maximum)	
Outils utilisés	Le référentiel utilisé s'est basé sur le référentiel de l'évaluation interne abondé de quelques questions complémentaires dans le respect du décret.
Modalités d'association des acteurs	Les professionnels de l'établissement, les intervenants extérieurs (kiné et médecin traitant) ont été rencontrés conformément au programme évaluatif.
Modalités d'association des usagers	Des rencontres ont été organisées avec des résidents puis dans un second temps auprès de familles.

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 cahier des charges définissant l'organisation et le déroulement de l'évaluation externe (de la préparation de la visite jusqu'à la restitution des résultats) a été suivi notamment en ce qui concerne le respect de l'échéancier des différentes phases.</p> <p>La co-construction du calendrier de visite par l'EHPAD et le cabinet d'évaluation externe a permis une meilleure adaptation des temps de visite aux activités réalisées (notamment en ce qui concerne le travail des équipes de nuit)</p> <p>Il nous semble important de noter la bonne approche des services de soins par les auditeurs qui ont su instaurer un climat de confiance (notamment grâce à la réunion de présentation de la démarche organisée en amont de la visite sur site)</p> <p>Enfin, la qualité d'écoute avec une planification de temps d'échange convenable et le niveau d'analyse des résultats méritent d'être soulignés également.</p>	<p>Définition de préconisations devant être suivies par la structure</p>

- **Contenu des échanges conduisant du pré-rapport au rapport définitif**

Les commentaires réalisés au cours des échanges conduisant du pré-rapport au rapport définitif ont porté uniquement sur la formulation de quelques constats ne remettant en aucune sorte en cause le contenu des propos initiaux.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée,

Madame **Elsa MARTIN LEVENEUR**, Consultante-Evaluatrice

Agissante pour le compte de la Société : **SOCOTEC Certification**

Dont le siège est : 89-93 avenue Paul Vaillant Couturier - 94250 GENTILLY

Atteste sur l'honneur, respecter :

- ✓ Les règles de conduite applicables aux organismes et à leurs équipes intervenant à l'occasion de missions d'évaluation externe

1. Intégrité

- 1.1. Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2. Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- 1.3. Ne pas prendre part à des activités ou prises d'intérêt illégales.
- 1.4. Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5 Déclarer sans délai au commanditaire et à l'Agence toute modification affectant la situation, le statut, les capacités de l'organisme habilité ou des personnes chargées de réaliser les évaluations.
- 1.6 Ne pas avoir de relation, de quelle que nature que ce soit, avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec les établissements ou services évalués.

2. Objectivité

- 2.1. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2. S'interdire, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, d'avoir, au moment de l'évaluation externe, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné.
- 2.3 S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie ou l'organisme gestionnaire.
- 2.4. Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.5. Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.6. A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, le service ou l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui contrôle, ou qui est contrôlé par lui.



- 2.7. Lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, qui n'est pas directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles.
- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.
- 2.9. Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné.

3. Confidentialité

- 3.1. Etre tenu à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.
- 3.2. Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.
- 3.3. Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.

4. Compétence

- 4.1. Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.
 - 4.2. Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.
 - 4.3. Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'ANESM conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi qu'à leur cohérence.
 - 4.4. Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'ANESM, un détail des procédures suivies.
 - 4.5. Alimenter le système d'information conçu par l'ANESM renseignant la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation.
- ✓ Le Respect du cahier des charges déterminé par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 et constituant l'annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles

Fait à Toulouse, le 29 août 2014
Elsa MARTIN LEVENEUR

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'E' and 'M' intertwined, enclosed within an oval shape.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussignée,

Madame Véronique MONLLOR, Consultante-Evaluatrice

Agissante pour le compte de la Société : **SOCOTEC Certification**

Dont le siège est : 89-93 avenue Paul Vaillant Couturier - 94250 GENTILLY

Atteste sur l'honneur, respecter :

✓ Les règles de conduite applicables aux organismes et à leurs équipes intervenant à l'occasion de missions d'évaluation externe

1. Intégrité

- 1.1. Accomplir une mission avec honnêteté, diligence et responsabilité.
- 1.2. Respecter la loi et faire les révélations requises par les lois et les règlements.
- 1.3. Ne pas prendre part à des activités ou prises d'intérêt illégales.
- 1.4. Respecter et contribuer aux objectifs éthiques et légitimes de leur activité.
- 1.5. Déclarer sans délai au commanditaire et à l'Agence toute modification affectant la situation, le statut, les capacités de l'organisme habilité ou des personnes chargées de réaliser les évaluations.
- 1.6. Ne pas avoir de relation, de quelle que nature que ce soit, avec un organisme gestionnaire, une fédération ou tout groupement d'organismes gestionnaires, en lien avec les établissements ou services évalués.

2. Objectivité

- 2.1. Ne pas prendre part à des activités ou établir des relations qui pourraient compromettre ou risquer de compromettre le caractère impartial d'une évaluation externe.
- 2.2. S'interdire, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de cette opération, d'avoir, au moment de l'évaluation externe, ou avoir eu, au cours de l'année précédente, d'intérêt financier direct ou indirect dans l'organisme gestionnaire de l'établissement ou du service concerné.
- 2.3 S'interdire, avant l'expiration d'un délai d'une année après la fin de la mission, toute relation professionnelle directe ou indirecte avec l'établissement ou le service qui a été évalué en tout ou partie ou l'organisme gestionnaire.
- 2.4. Ne rien accepter qui pourrait compromettre ou risquer de compromettre un jugement professionnel.
- 2.5. Révéler dans le rapport d'évaluation externe tous les faits matériels dont les organismes habilités auront connaissance et qui, s'ils n'étaient pas révélés, auraient pour conséquence de fausser leur rapport.
- 2.6. A compter du premier jour de la mission d'évaluation et pendant une année après la remise du rapport d'évaluation externe, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt auprès de l'établissement, le service ou l'organisme gestionnaire dont il est chargé pour tout ou partie de l'évaluation externe, d'une personne qui contrôle, ou qui est contrôlé par lui.
- 2.7. Lorsqu'un organisme habilité est affilié à un réseau national ou international, dont les membres ont un intérêt économique commun et qui n'a pas pour activité exclusive l'évaluation externe, il ne peut postuler auprès d'un établissement, d'un service ou d'un organisme gestionnaire qui, en vertu d'un contrat conclu avec ce réseau ou avec un membre de ce réseau, bénéficie d'une prestation de services, qui n'est pas directement liée à la mission d'évaluation externe telle que prévue à l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles.
- 2.8. A compter de son habilitation, ne pas prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de quelque nature avec une personne dépositaire de l'autorité publique amenée à intervenir dans la décision d'autorisation de l'établissement ou du service dont il assure tout ou partie de l'évaluation.

- **2.9.** Ne pas avoir contribué à l'évaluation interne de l'établissement ou du service concerné.

3. Confidentialité

- **3.1.** Etre tenu à une obligation de réserve et de secret à l'égard de toute information connue dans le cadre de l'évaluation exercée.
- **3.2.** Protéger les informations recueillies dans le cadre des évaluations pratiquées.
- **3.3.** Ne pas utiliser ces informations pour en retirer un bénéfice, ou d'une manière qui contreviendrait aux dispositions légales et réglementaires.

4. Compétence

- **4.1.** Ne s'engager que dans des travaux pour lesquels les connaissances, le savoir-faire et l'expérience nécessaires sont acquis.
- **4.2.** Toujours s'efforcer d'améliorer la compétence, l'efficacité et la qualité des travaux.
- **4.3.** Appliquer les principes fondamentaux déterminés par l'ANESM conformément à ses missions fixées par l'arrêté du 13 avril 2007 approuvant sa convention constitutive, garantissant notamment la qualité des procédures suivies en matière d'évaluation interne et externe, ainsi qu'à leur cohérence.
- **4.4.** Contribuer à faire progresser les principes fondamentaux visés à l'alinéa précédent en transmettant à l'ANESM, un détail des procédures suivies.
- **4.5.** Alimenter le système d'information conçu par l'ANESM renseignant la mise en œuvre et le suivi des évaluations dans les établissements et services et la publicité des habilitations des organismes d'évaluation.

Le Respect du cahier des charges déterminé par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 et constituant l'annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles

Fait à Toulouse, le 29 mars 2014





Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Le Directeur

SOCOTEC CERTIFICATION
Monsieur Vincent OUDIN
Monsieur Eric LEROY
89/93 avenue Paul Vaillant Couturier
94250 GENTILLY

Nos Réf. : EE/13 02 53

Saint-Denis, le **29 MAR 2013**

LRAR

Objet : notification de la décision d'habilitation et des décisions n°2012001 et 2012002 du Directeur de l'Anesm en date du 11 mai 2012

Messieurs,

Par décision n°H2013-03-1164 en date du 7 février 2013 publiée par insertion au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale et sur le site internet de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr), je vous informe que l'organisme SOCOTEC CERTIFICATION, sis 89/93 avenue Paul Vaillant Couturier – 94250 GENTILLY, est habilité à procéder à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles en application de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Cette habilitation est délivrée pour une durée indéterminée sous réserve d'une suspension ou d'un retrait par décision de l'Anesm.

Cette habilitation est valable sur l'ensemble du territoire national français.

La présente décision est notifiée à Messieurs Vincent OUDIN et Eric LEROY, représentants légaux de l'organisme SOCOTEC CERTIFICATION.

Je vous informe que la présente décision est susceptible de recours dans un délai de deux mois à compter de sa notification, auprès du Tribunal administratif de Montreuil – 7, rue Catherine Puig – 93100 MONTREUIL, compétent pour statuer en premier ressort, conformément à l'article R.312-1 du code de justice administrative.

.../...

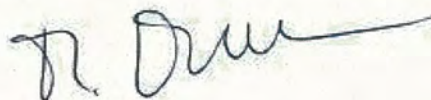
1

Pour connaître l'ensemble des obligations incombant aux organismes habilités, vous trouverez, ci jointes, deux décisions du Directeur de l'Anesm à l'attention des organismes habilités et inscrits, également consultables sur le site internet de l'Anesm depuis la rubrique « Habilitation/Inscription », puis « Outils / Textes de référence » :

- **décision n°2012001 du 11 mai 2012** relative à la déclaration de tout changement dans les indications données dans le cadre de la demande d'habilitation ou d'inscription,
- **décision n° 2012002 du 11 mai 2012** relative à la mise en œuvre des dispositions de suivi des organismes habilités et prestataires inscrits au titre de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, pour mener à bien vos missions d'évaluation externe, je vous invite à consulter régulièrement le site internet de l'Anesm à l'adresse suivante (<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>) et notamment l'onglet « Evaluation externe ».

Je vous prie de croire, Messieurs, en l'assurance de mes salutations distinguées.



Pb Le Directeur
Didier CHARLANNE

ANNEXE 8 : CPJM Sanitaire

Nom du contrat : CPOIM 2019-2023 CH DE BERGERAC
Annexe(s) Standard(s)

Liste des établissements du contrat

240000372	C.H DE BERGERAC
240007625	EHPAD - USLD CH BERGERAC

ANNEXE 1 - Orientations stratégiques

AXE 1 - Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé

CONTACT :	
Civilité :	Madame
Nom :	MOTHES
Prénom :	CORINNE
Fonction :	DIRECTRICE
Téléphone :	05.53.63.89.51.
Courriel :	secretariat.direction@ch-bergerac.fr

Enjeux :	Le territoire couvert par les activités du Centre Hospitalier Samuel Pozzi est particulièrement précaire. C'est même l'un des territoires les plus précaires de la région Nouvelle Aquitaine. L'action sur les déterminants de santé fait partie du premier chapitre du PRS 2018-2023 publié en juillet 2018. L'un des enjeux pour le Centre Hospitalier est de se positionner comme un leader dans les actions de santé publique.
Situation actuelle ou de la précédente évaluation :	Le Centre Hospitalier Samuel Pozzi s'est engagé depuis plusieurs années dans des actions de promotion de la santé ainsi que dans des actions de prévention. Une animatrice santé publique travaille à plein temps en intra et sur le territoire du Bergeracois. En intra, ils restent largement à développer notamment en terme de vaccination des personnels, les actions de communication sur les grandes problématiques de santé publique doivent continuer à se développer. En extra hospitalier, la structuration des interventions de l'animatrice en santé publique doit pouvoir se développer en renforçant ses moyens.

AI_ DEPIST - Etre acteur du dépistage / repérage précoces et de la vaccination

DEPIST1 - Nombre de plages dédiées aux examens de mammographie

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Organiser un premier niveau de dépistage sur le Centre Hospitalier de Belvès et le CHSP				
Valeur à MO :	0.00					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	Valeur					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	Bien que ne disposant pas de mammographe, le CHSP va développer les actions de dépistage dans ses locaux ainsi que dans le cadre de consultations avancées sur le site de l'hôpital de Belvès.

DEPIST2 - Délai d'obtention moyen d'un rendez-vous d'examen de mammographie

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Coordonner les actions de prévention avec les sites disposant d'un mammographe			
Valeur à NO :		0.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		Valeur			
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
					Détails sur l'indicateur
L'établissement va coordonner ses actions de prévention dans le domaine de la carcinologie mammaire avec les sites du territoire et du GHT disposant de mammographes.					

DEPIST3 - Délai entre le dépistage positif d'un cancer colorectal et la réalisation d'une coloscopie

Modalités de mise en œuvre et échéances :					
Valeur à NO :		10.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		Valeur			
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
	= 10.00	< 10.00	< 10.00	< 10.00	< 10.00
Il n'y a pas de distinction particulière entre les rdv pour biologie positive et les autres					

DEPIST4 - Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la rougeole

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Actions en terme de sensibilisation, de responsabilisation individuelle et collective, de traçabilité			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		%			
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
	95.00 %	95.00 %	95.00 %	95.00 %	95.00 %
A la suite de l'épidémie de janvier 2018, courrier aux agents pour vérification de la validité de leur vaccin, prescription d'une sérologie pour contrôle de l'immunité et encouragement à se faire vacciner auprès du médecin traitant L'établissement va faire de la vaccination du personnel une priorité de santé publique. La traçabilité de la vaccination sera mise en place.					

DEPIST5 - Taux de vaccination des agents de l'établissement contre la grippe

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Actions en terme de sensibilisation, de responsabilisation individuelle et collective, de traçabilité			
Valeur à NO :		15.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		%			
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
	30.00 %	40.00 %	50.00 %	60.00 %	70.00 %
Campagne 2017/2018 : gros efforts de communication, flyers questions/réponses joints au bulletin de salaire, 5 sessions d'information de 30 mn pour les agents de jours et 2 sessions pour les agents de nuit, passage du "chariot ambulant de vaccination" dans chaque service (2 fois minimum) et possibilité de se faire vacciner à la médecine du travail. Même démarche que pour la vaccination rougeole.					

A1_ PROMO - Contribuer directement à la promotion à la santé de la population

PROMO 1 - Nombre d'actions de santé publique menées annuellement par l'établissement portant sur les priorités de santé publique du territoire (dont les actions relatives au "mols" sans tabac)

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Mise en œuvre des actions inscrites au projet d'établissement 2018-2022 et prolongées jusqu'en 2023, avec pour objectif d'arriver à une action par semaine.				
Valeur à NO :	23.00					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	Valeur					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	25.00	30.00	30.00	30.00	50.00	11 actions itératives (mission locale, centres sociaux) Les actions proposées sont celles inscrites au projet d'établissement 2018-2022, qui se prolongeront en 2023. Certaines actions sont itératives. L'objectif est d'arriver à 50 actions par an, environ une par semaine en moyenne. La mise en œuvre d'actions communes avec l'hôpital de Beivès sera développée selon les thèmes qui auront été définis entre les deux établissements. De même, ces actions sont mises en œuvre en coordination avec l'ensemble des acteurs du territoire conformément aux orientations du projet médical partagé du GHT.

PROMO 4 - Nombre d'actions conduites menées par l'établissement en partenariat avec des associations d'usagers, en lien avec les instances de démocratie sanitaire, visant à promouvoir : - les droits et libertés des usagers, - la participation des patients à leur prise en charge (formation, pair-aidance, ETP...)

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Mise en œuvre des actions inscrites au projet d'établissement 2018-2022 et prolongées jusqu'en 2023, avec pour objectif d'arriver à 4 actions par an				
Valeur à NO :	2.00					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	Valeur					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	Jeu de l'oe "droits du patient", expérience usager / douleur (4 secteurs), réponse à un appel à projet sur la démocratie sanitaire La plupart des actions inscrites sont détaillées dans les objectifs stratégiques du projet d'établissement 2018-2022 et prolongées au-delà du terme d'application du projet d'établissement.

AXE 2 - Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé

CONTACT :	
Civilité :	Madame
Nom :	MOTHES
Prénom :	CORINNE
Fonction :	DIRECTRICE
Téléphone :	05.53.63.89.51.
Courriel :	secretariat.direction@ch-bergerac.fr

A2_FINANC - Assurer la trajectoire financière de l'établissement

FINANC1 - Taux de marge brute (hors aides nationales et régionales)

Modalités de mise en œuvre et échéances : Des actions ont été envisagées sur le capacitaire, sur l'évolution des charges du personnel médical, du personnel non médical, du titre 2, du titre 3, du titre 4 et une évolution des recettes de l'activité et des recettes diverses.

Année de référence :	2017				
Valeur à NO :	1.35				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	%				
Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	= 3.90 %	= 5.58 %	= 6.48 %	= 7.00 %	= 7.00 %
L'établissement a présenté une DM2 qui détaille la situation budgétaire de l'établissement. Les causes principales du déficit sont la stagnation de l'activité, les surcoûts de la masse salariale médicale dont l'intérim, les surcoûts de l'investissement et de l'exploitation de la mise en œuvre du nouveau plateau technique Un contrat de retour à l'équilibre financier a été élaboré qui est en cours de déploiement					

FINANC2 - Résultat comptable retraité des aides en trésorerie

Modalités de mise en œuvre et échéances : Des actions ont été envisagées sur le capacitaire, sur l'évolution des charges du personnel médical, du personnel non médical, du titre 2, du titre 3, du titre 4 et une évolution des recettes de l'activité et des recettes diverses (cf. partie marge brute).

Année de référence :	2017				
Valeur à NO :	-2 850 000,00 €				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	Valeur				
Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	-1 373 000,00 €	-437 000,00 €	89 000,00 €	500 000,00 €	500 000,00 €
L'établissement a présenté une DM2 qui détaille la situation budgétaire de l'établissement. Les causes principales du déficit sont la stagnation de l'activité, les surcoûts de la masse salariale médicale dont l'intérim, les surcoûts de l'investissement et de l'exploitation de la mise en œuvre du nouveau plateau technique Un contrat de retour à l'équilibre financier a été élaboré qui est en cours de déploiement.					

LIEN_VH1 - Taux d'hospitalisation directe en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors urgences)

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Les actions programmées s'appuient sur la coordination entre la médecine de ville l'hôpital et la formalisation des parcours patients				
Année de référence :	2017					
Valeur à NO :	50.00					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	%					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	60.00 %	70.00 %	75.00 %	75.00 %	75.00 %	Le développement et la facilitation des liens avec la médecine de ville a permis déjà des avancées importantes dans ce domaine. Le taux d'hospitalisation direct en médecine s'améliorera grâce aux actions menées sur la fluidité des parcours.

LIEN_VH2 - Taux d'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hors unités d'hospitalisation de courte durée - UHCD) à partir des urgences

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Cf MCO et HAD				
Année de référence :	2017					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	%					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	30.00 %	25.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %	Le développement et la facilitation des liens avec la médecine de ville a déjà permis des avancées importantes dans ce domaine. Corollaire du travail réalisé sur le MCO (faire connaître les activités de l'établissement et favoriser l'accès direct) et sur l'HAD (mettre en place un observatoire de l'HAD afin de favoriser ce mode d'hospitalisation alternatif à l'hospitalisation au CHSP).

LIEN_VH3 - Taux de compte-rendu d'hospitalisation des patients transmis et/ou partagé de manière dématérialisée et sécurisée : - soit par le biais d'une messagerie sécurisée de santé (transmission) ; - soit par le biais du DMP du patient (partage) ; - soit par le biais du dossier patient dans l'application régionale de parcours "globale / PAACO" (partage)

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Substitution des envois papier par les envois de documents électroniques via les messageries sécurisées				
Valeur à NO :	2.00					
Type d'indicateur :	Quantitatif					
Unité :	%					
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	50.00 %	70.00 %	80.00 %	85.00 %	90.00 %	Envoi vers le DMP 0% (pas encore de solution technique) Envoi vers PAACO 0% (pas encore de solution technique) Envoi en MASSANTE : 27 compte-rendus envoyés via cette messagerie, taux autour de 1 à 2% L'établissement ne dispose pas encore de solution technique pour l'envoi du DMP et l'envoi vers PAACO. Une mise à jour du DPI est nécessaire, des équipements doivent être achetés. L'objectif est de rendre les flux techniquement opérationnels en 2019 et de mettre en place les organisations. Les actions proposées sont toutes inscrites au projet d'établissement.

LIEN_VH6 - Nombre de patients âgés de 75 ans et plus décédés aux urgences ou en UHCD

<i>Modalités de mise en œuvre et échéances :</i>		Cf. CSG PE				
<i>Année de référence :</i>		2017				
<i>Valeur à NO :</i>		4,50				
<i>Type d'indicateur :</i>		Quantitatif				
<i>Unité :</i>		%				
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
	4,50%	4,50%	4,50%	4,50%	4,50%	Travail à réaliser en coordination avec l'EMASP et le service de court séjour gériatrique qui accueille des LISP.

LIEN_VH8 - Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

<i>Modalités de mise en œuvre et échéances :</i>		Développer le lien avec la médecine de ville et le SSR				
<i>Année de référence :</i>		2017				
<i>Type d'indicateur :</i>		Quantitatif				
<i>Unité :</i>		%				
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
						Non connu

LIEN_VH9 - Taux de patients suivis ayant accès à un programme d'éducation thérapeutique (en interne ou hors les murs)

<i>Type d'indicateur :</i>		Quantitatif				
<i>Unité :</i>		%				
CIBLES ANNUELLES	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur

AZ_PERF_INT - Assurer la performance interne / organisationnelle de l'établissement

ACTION DE L'INDICATEUR :	ECHÉANCE
Développer l'activité programmée	01/07/2019
Optimiser les DMS en chirurgie	01/07/2019
Contractualiser sur les indicateurs de performance	01/07/2023

PERF_INT1 - Taux d'évolution de la masse salariale au global

Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Continuer le travail de maîtrise de la masse salariale en fonction des objectifs fixés et de la mise en œuvre du plan de redressement						
Année de référence : 2016/2017						
Valeur à NO : -1.09						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : %						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	Taux d'évolution de la masse salariale globale est en baisse de -1,09% par rapport à l'année 2016. Un effort particulier a été réalisé concernant la masse salariale du personnel non médical et l'intérim médical avait été contraint grâce à des recrutements médicaux (anesthésistes, urgentistes, cardiologues en fin d'année, médecine) Cible de taux d'évolution de l'ONDAM 2019 dupliqué sur toute la période.

PERE_INT2 - Taux d'évolution de la masse salariale - personnel médical

Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Continuer le travail de maîtrise de la masse salariale en fonction des objectifs fixés et de la mise en œuvre du plan de redressement						
Année de référence : 2016/2017						
Valeur à NO : -3.11						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : %						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	Le taux d'évolution du personnel médical est de -3,11% par rapport à 2016, sans l'intérim médical. Des départs de praticiens sont à noter : 2 urgentistes, 1 anesthésiste, 2 médecins du service de médecine). Cible de taux d'évolution de l'ONDAM 2019 dupliqué sur toute la période.

PERF_INT3 - Taux d'évolution de la masse salariale - personnel non médical

Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Continuer le travail de maîtrise de la masse salariale en fonction des objectifs fixés et de la mise en œuvre du plan de redressement						
Année de référence : 2016/2017						
Valeur à NO : 0.34						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : %						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	1.59 %	Le taux d'évolution de la masse salariale du personnel non médical est stable +0,34% par rapport à 2016. La baisse des charges de personnel est la conséquence des efforts très importants de réorganisation (diminution du nombre de lits), redéploiement et stabilisation des équipes réalisées à l'occasion de l'opération du NPT. Cible de taux d'évolution de l'ONDAM 2019 dupliqué sur toute la période.

PERE_INT4 - Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de médecine						
Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Le travail intervient au niveau des pôles cliniques, avec la mise en œuvre des objectifs fixés dans les contrats de pôles.						
Année de référence : 2017						
Valeur à NO : 0.97						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : Valeur						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	0.95	0.94	0.94	0.94	0.94	Les données concernant la médecine sont satisfaisantes. Il faut cependant améliorer compte tenu de la tension sur les lits. L'objectif d'atteinte de la DMS cible fait partie des objectifs des pôles. Les objectifs liés à la fluidité des parcours patients permettra d'améliorer ce score. Le dialogue et le suivi de cet indicateur permettra de le faire évoluer favorablement par le dialogue avec les professionnels et la mise en place d'une organisation plus efficace de la sortie des patients.

PERE_INT5 - Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) de chirurgie						
Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Le travail intervient au niveau des pôles cliniques, avec la mise en œuvre des objectifs fixés dans les contrats de pôles.						
Année de référence : 2017						
Valeur à NO : 1.02						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : Valeur						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	1.00	0.98	0.96	0.94	0.94	Un travail d'optimisation de la structure en lits disponibles a été réalisé depuis plusieurs années. L'objectif d'un IPDMS des séjours de chirurgie inférieure ou égal à 1 est inscrit dans les objectifs des contrats de pôles signés fin septembre 2018. Même démarche que pour la médecine.

PERE_INT10 - Taux de séjour en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'au moins une nuit						
Modalités de mise en œuvre et échéances :						
Cf. actions en médecine et en chirurgie						
Année de référence : 2017						
Valeur à NO : 72.26						
Type d'indicateur : Quantitatif						
Unité : %						
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	65.00 %	60.00 %	60.00 %	55.00 %	50.00 %	C'est la fluidité des parcours patients qui permettra de diminuer ce taux : fluidité interne et fluidité externe. Les objectifs d'amélioration de la fluidité sont écrits au projet d'établissement 2019-2023. La libération plus rapide des lits en chirurgie permettra de réaliser plus rapidement les sorties depuis l'UHCD.

PERF_INT11 - Capacité de l'établissement

<p>Culture de la performance dans les axes des pôles (chirurgie et ambulatoire). Attention, l'étude sur les flux de patients à réaliser doit permettre de caler précisément les objectifs, compte tenu notamment des évolutions depuis les données COPERMO de 2016. A priori, compte tenu du projet de rapprochement avec la clinique, la diminution du nombre de places en UCA de chirurgie ambulatoire est à réinterroger.</p>					
Valeur à NO :		-9.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		Valeur			
Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
-5.00	-4.00				Les éléments indiqués sont issus des données et des objectifs de l'ARS arrêtés dans le cadre de la présentation du plan de redressement (données Copermo). 9 lits de chirurgie et 4 lits de chirurgie ambulatoire. Attention au projet de rapprochement avec la clinique Pasteur, avec éventuellement dans un premier temps les activités communes regroupées sur un seul site (études en cours)

PERF_INT13 - Taux de recours de l'établissement aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux ou nationaux)

<p>Bascule au fur et à mesure de l'avancée des travaux du GHT</p>					
Valeur à NO :		60.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		%			
Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
65.00 %	70.00 %	80.00 %	80.00 %	80.00 %	Mise en place du GHT achats à partir de 2018 L'évolution du taux dépend de la maturité du fonctionnement du GHT achats, qui petit à petit va mutualiser la quasi-totalité des achats

A2_SIT_EXEP - Mettre en œuvre une gestion des situations sanitaires exceptionnelles graduées de la gestion de tension / gestion des lits opérationnelle à une gestion de crise

SIT_EXEP1 - Nombre de lits ouvrables / ré-ouvrables en cas de tension (hivernale, épidémie,...) et en cas de plan blanc

Modalités de mise en œuvre et échéances :							
Cf. l'évolution de l'ajustement capacitaire prévu au PE							
Valeur à NO :	39.00	Quantitatif		Détails sur l'indicateur			
Type d'indicateur :		Valeur					
Unité :		Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	39.00	39.00	39.00	39.00	39.00	39.00	22 en médecine 2 en surveillance continue 5 en chirurgie éventuellement 6 dans l'ancienne unité de soins intensifs de cardiologie + 10 lits de l'UCA Sur un total de 161 lits et places (39 lits) Le nombre de lits mobilisables sera mis à jour en fonction des gels de lits réalisés dans le cadre de l'ajustement capacitaire. Ces lits seront alors disponibles pour des gestions de crise.

SIT_EXEP2 - Taux de lits ouvrables / ré-ouvrables sur la capacité totale de l'établissement

Modalités de mise en œuvre et échéances :							
Cf. l'évolution de l'ajustement capacitaire prévu au PE							
Valeur à NO :	24.00	Quantitatif		Détails sur l'indicateur			
Type d'indicateur :		Unité :	%				
Unité :		Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	24.00 %	24.00 %	24.00 %	24.00 %	24.00 %	24.00 %	

SIT_EXEP3 - Taux de remplissage quotidien du ROR sur les capacités disponibles et l'activité des urgences pour les établissements concernés

Modalités de mise en œuvre et échéances :							
Cf. l'évolution de l'ajustement capacitaire prévu au PE							
Valeur à NO :	100.00	Quantitatif		Détails sur l'indicateur			
Type d'indicateur :		Unité :	%				
Unité :		Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	= 100.00 %	= 100.00 %	= 100.00 %	= 100.00 %	= 100.00 %	= 100.00 %	Les données sont inscrites quotidiennement de manière complète. L'objectif est actuellement réalisé, il faut maintenir des actions.

SIT_EXEP4 - Taux de professionnels formés et entraînés à la gestion de crise

Modalités de mise en œuvre et échéances :							
La formation à la gestion de crise fera l'objet d'un chapitre spécifique du plan de formation							
Valeur à NO :	5.00	Quantitatif		Détails sur l'indicateur			
Type d'indicateur :		Unité :	%				
Unité :		Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	10.00 %	20.00 %	30.00 %	40.00 %	50.00 %	50.00 %	31 professionnels formés Un plan de formation spécifique doit être élaboré, avec sa déclinaison autour de tous les services.

VIRAG1 - Taux de chirurgie ambulatoire global de l'établissement

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Analyse périodique régulière de l'évolution du taux et adaptation chaque fois que possible				
Année de référence :		2017				
Valeur à NO :		64,00	44,2, 0,1			
Type d'indicateur :		Quantitatif				
Unité :		%				
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	70.00 %	80.00 %	80.00 %	90.00 %	90.00 %	Un travail important est intervenu depuis 2013 sur le virage ambulatoire. L'établissement a inscrit dans son projet d'établissement la continuité des actions visant à optimiser les prises en charge ambulatoire chaque fois que cela est possible. L'établissement va continuer à assurer son virage ambulatoire, en fonction des pathologies et des profils de patients.

VIRAG2 - Taux de médecine ambulatoire programmée global de l'établissement

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Analyse périodique régulière de l'évolution du taux et adaptation chaque fois que possible				
Année de référence :		2017				
Valeur à NO :		43,60				
Type d'indicateur :		Quantitatif				
Unité :		%				
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	60.00 %	70.00 %	70.00 %	80.00 %	80.00 %	Un travail important est intervenu depuis 2013 sur le virage ambulatoire. L'établissement a inscrit dans son projet d'établissement la continuité des actions visant à optimiser les prises en charge ambulatoire chaque fois que cela est possible. L'établissement va continuer à assurer son virage ambulatoire, en fonction des pathologies et des profils de patients.

VIRAG6 - Indice de performance du transfert médecine chirurgie obstétrique (MCO) - hospitalisation à domicile (HAD) ("IP transfert")

Modalités de mise en œuvre et échéances :		Développer le recours aux HAD comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle				
Année de référence :		2016				
Valeur à NO :		0,84				
Type d'indicateur :		Quantitatif				
Unité :		Valeur				
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	Toutes les conditions techniques et de fonctionnement avec l'ambulatoire sont réunies pour augmenter de manière significative l'indice de performance du transfert vers la chirurgie ambulatoire. Les liens avec l'HAD sont déjà très développés. Le projet d'établissement a inscrit de nombreuses actions, notamment en terme de fluidité des parcours, permettant d'améliorer le score du recours à l'HAD (2 % des séjours).

AXE3 - Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

CONTACT :	
Civilité :	Madame
Nom :	MOTHES
Prénom :	CORINNE
Fonction :	DIRECTRICE
Téléphone :	05.53.63.89.51.
Courriel :	secretariat.direction@ch-bergerac.fr

A3_LUT_INEG - Contribuer à lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins

LUT_INEG1 - Nombre de consultations avancées mises en place (hors centre médico-psychologique (CMP) pour les établissements de psychiatrie)

Modalités de mise en œuvre et échéances : Pour faciliter l'accès aux filières de soins sur l'ensemble du territoire, il est prévu la poursuite de la mise en place de consultations avancées de spécialistes à l'hôpital de Belvès

<i>Valeur à N0 :</i>	2.00				
<i>Type d'indicateur :</i>	Quantitatif				
<i>Unité :</i>	Valeur				
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
	<i>Détails sur l'indicateur</i>				
	1 consultation par mois de pédiatrie et une consultation par mois de sage-femme organisée par le CHSP sur le site de l'hôpital de Belvès. L'établissement va continuer à développer avec l'hôpital de Belvès des consultations spécialisées dans les domaines de la chirurgie et de la médecine spécialisée, avec l'objectif de rayonner sur son territoire de santé.				

A3_PERT_SOIN - Améliorer la pertinence des soins et des prescriptions

PERT_SOIN1 - Nombre d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisées en rapport avec la pertinence des actes ou des prescription

<i>Modalités de mise en œuvre et échéances :</i>	Déployer les revues de pertinence				
<i>Valeur à N0 :</i>	0.00				
<i>Type d'indicateur :</i>	Quantitatif				
<i>Unité :</i>	Valeur				
	Cible N1	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES	12.00	12.00	12.00	12.00	12.00
	<i>Détails sur l'indicateur</i>				
	Développement des EPP formalisées non réalisé 12 EPP par an dont 6 sur la pertinence des soins et des prescriptions				

PERT_SOIN3 - Nombre de commandes de transports à la charge financière de l'Assurance Maladie (ou au choix exécutés en ville) effectuées via la plateforme régionale.

Modalités de mise en œuvre et échéances :					
Un travail de collaboration avec l'assurance maladie va être mis en œuvre afin de cibler les secteurs à améliorer					
Valeur à NO :	0.00				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	Valeur				
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES					Détails sur l'indicateur
					Plateforme régionale non mise en œuvre. L'objectif est de réaliser 100% des prescriptions de transport via la plateforme une fois mise en place

A3_QUAL_SEC - Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge

QUAL_SEC1 - Taux d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et/ ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés / an

Valeur à NO :	10.00				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	%				
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
					Détails sur l'indicateur
					3 CREX et 1 RMM en 2017, soit 4 DEAS ayant fait l'objet de plans d'actions structurés autour d'un CREX et d'un REX La politique de gestion des EI via les CREX et les RMM va être totalement revue en 2019. La démarche qualité fait partie intégrante du projet d'établissement 2019-2023.

QUAL_SEC2 - Part d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant donné lieu à un comité de retour d'expérience (CREX) et/ ou d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) organisés] ayant donné

Valeur à NO :	100.00				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	%				
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
					Détails sur l'indicateur
					Les 3 CREX et la RMM de 2017 ont donné lieu à des plans d'actions. L'objectif est actuellement réalisé, il faut maintenir des actions.

QUAL_SEC3 - Taux de médecins accrédités dans les spécialités à risques

Valeur à NO :	1.00				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	%				
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES	2.00 %	4.00 %	5.00 %	6.00 %	6.00 %
					Détails sur l'indicateur
					Seul le Dr Boudinet est accrédité dans sa spécialité chirurgicale. L'objectif est d'accréditer un médecin par spécialité à risque. L'accréditation des médecins va s'inscrire dans le cadre des projets des pôles, via une contractualisation. Cette démarche s'inscrit dans la politique qualité de l'établissement.

AXE 4 - S'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient

CONTACT :	
Civilité :	Madame
Nom :	MOTHES
Prénom :	CORINNE
Fonction :	DIRECTRICE
Téléphone :	05.53.63.89.51.
Courriel :	secretariat.direction@ch-bergerac.fr

A4_COLL_MED - Mettre en œuvre les collaborations médicales attendues

COLL_MED1 - Nombre de filières graduées entre tous les établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) concertées et validées

Valeur à NO :	9.00				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	Valeur				
Cible N1 :	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES	12.00				

COLL_MED3 - Montant consacré à l'intérim médical et aux contrats de remplacement équivalents

Valeur à NO :	3 047 078,44 €				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	Valeur				
Cible N1 :	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES					<p>Montant comprenant : l'intérim médical brut chargé, frais d'agence inclus et hors autres frais (hébergement, déplacement) et les mises à disposition (cardiologues du CH de Périgueux, Chirurgien vasculaire du CH de Périgueux, ORL du CH de Libourne, Dr Manicki (assistant partagé), psychiatre du CH de Vauclaire pour la cs mémoire).</p> <p>Le montant des dépenses d'intérim baissera d'une part au fur et à mesure des recrutements médicaux qui interviendront, et d'autre part au fur et à mesure de la mise en œuvre des filières du GHT : Equipe territoriale des urgences, projet médical partagé, offre de soins gradués, consultations avancées etc.</p>

COLL_MED4 - Poids des dépenses d'intérim médical et des contrats de remplacement équivalents par rapport aux dépenses totales consacrées aux personnels médicaux

Valeur à NO :	29.73				
Type d'indicateur :	Quantitatif				
Unité :	%				
Cible N1 :	Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5	Détails sur l'indicateur
CIBLES ANNUELLES					en pourcentage

SJB CM

COLL_MEDS - Nombre d'équipes médicales communes mises en place ou fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH)

Modalités de mise en œuvre et échéances :					
Réflexion autour d'une équipe territoriale d'obstétriciens et de radiologues					
Valeur à NO :		2.00			
Type d'indicateur :		Quantitatif			
Unité :		Valeur			
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES		Détails sur l'indicateur 1 FMIH cardio, signature convention FMIH urgences effective au 31/12/2018 Le CHSP s'inscrit pleinement dans la constitution et le déploiement des FMIH. Le déploiement interviendra au fur et à mesure de l'avancée des travaux, sans pouvoir aujourd'hui positionner un calendrier précis.			

A4_HANDICAP - Adapter l'offre de soins aux patients en situation de handicap

HANDICAP2 - Nombre de consultations et d'examen accessibles par rapport aux besoins de soins récurrents ("panier" défini)

Valeur à NO :					
0.00					
Type d'indicateur :					
Quantitatif					
Unité :					
Valeur					
Cible N1		Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
CIBLES ANNUELLES		Détails sur l'indicateur Il n'y a pas de filière identifiée spécifiquement pour la prise en charge pour les personnes atteintes de handicap. Ces personnes sont prises en charge dans des filières classiques. Néanmoins, dans les chartes de fonctionnement du service des urgences et de gynéco-obstétrique, la prise en charge des personnes en situation de handicap est décrite. L'axe 5 du projet d'établissement (promouvoir un management citoyen) affirme le positionnement du Centre hospitalier sur la prise en charge des personnes handicapées. Il est prévu de promouvoir des projets favorisant l'éducation du patient par le rappel des écogestes, l'égal accès aux soins, la prise en charge des personnes en situation de précarité et de handicap. Le projet d'établissement prévoit de développer une filière spécifique pour la prise en charge des personnes handicapées aux urgences.			

AXE 5 - Apporter une réponse aux attentes spécifiques du territoire

A5_OB_PERSO - Proposer un objectif opérationnel

PERSO1 - Rapprochement Public-Privé					
CIBLES ANNUELLES	Type d'indicateur :		Détails sur l'indicateur		
	Cible N1	Qualitatif Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
					Conduire les projets de rapprochement Public-Privé avec les opérateurs du territoire : - Imagerie médicale (GIE) et avec participation de tous les professionnels à la PDES dans la spécialité - Clinique Pasteur

PERSO2 - Retour à l'équilibre financier					
CIBLES ANNUELLES	Type d'indicateur :		Détails sur l'indicateur		
	Cible N1	Echelle d'évaluation Cible N2	Cible N3	Cible N4	Cible N5
	Mars 2019 Signature du CREF				Conduire et mettre en œuvre le contrat de retour à l'équilibre financier sur la durée du CPOM.

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION





EHPAD LE PETIT

GARDONNE

à MONTAGNAC LA

CREMPSE

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2020-2024

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

La SARL Retraite au PETIT GARDONNE

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.....	5
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.....	6
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	8
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	8
4.4 - Engagements du Gestionnaire XX/des ESMS X	9
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	10
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	10
4.7 Les frais de siège.....	11
4.8 (Le cas échéant) Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	11
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	11
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	12
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	12
6) Le traitement des litiges	13
7) La révision du contrat.....	13
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	14
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	14
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	14
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	15

Entre,

D'une part,

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 SARL RETRAITE AU PETIT GARDONNE 24140 MONTAGNAC LA CREMPSE 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, soit M MAILLARD JEROME, Directeur.

Visas et références juridiques :

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

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

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

Vu 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 la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 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 25 novembre 2019, autorisant Monsieur le Président du Conseil départemental à signer le présent contrat pluriannuel ;

VU la décision du 1^{er} octobre 2019 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 SARL RETRAITE AU PETIT GARDONNE 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 SARL RETRAITE AU PETIT GARDONNE 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 2303
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : SARL RETRAITE AU PETIT GARDONNE
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : EHPAD
 - Organigramme de l'entité gestionnaire : cf. annexe 5
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : EHPAD AU PETIT GARDONNE

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : 3 janvier 2017
 - 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 : cf. annexe n°6

- 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)

EHPAD non habilité :
L'EHPAD Le PETIT GARDONNE n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

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

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

Sans objet

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

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- 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'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 AU PETIT GARDONNE, 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, dont la durée est fixée par les textes, 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 soins de l'EHPAD AU PETIT GARDONNE 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.

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.

4.1.2 - 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

Sans objet

4.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

L'EHPAD AU PETIT GARDONNE reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EHPAD AU PETIT GARDONNE 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, **pour les EHPAD**, 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 Les modalités de versement de 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 gestionnaire 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 gestionnaire 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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **1/01/2020** se répartit comme suit :

Les quotes-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêtées par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation N ou N+1, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 1/01/2020 (en €)	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002303	EHPAD AU PETIT GARDONNE	552 020,01 €	552 020,01 €	0

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

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations dépendance au 31/12/2019 (en €)	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002303	EHPAD AU PETIT GARDONNE	237 880.14 €	237 880.14 €	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 :

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.

4.4..- Engagements du Gestionnaire SARL RETRAITE AU PETIT GARDONNE/ EHPAD AU PETIT GARDONNE

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :
 - ✓ à un taux minimum de 95 %
- 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).

4.5 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, une caisse pivot 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 CSS, 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
- SARL RETAITE AU PETIT GARDONNE 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 désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des 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.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet 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.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 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 (R314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

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:

Le résultat excédentaire est affecté par ordre de priorité :

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) 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 *secteur PH* : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -.Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, 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.

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).

4.7 Les frais de siège

Sans objet.

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

Sans objet

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

Sans objet.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

5) 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 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 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)

- ❖ Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 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 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.

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD.

❖ 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.
- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

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

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

7) LA REVISION DU CONTRAT

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

8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur de la Délégation
Départementale de la Dordogne

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

Jérôme MAILLARD

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

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé
- ANNEXE 2 : Les fiches actions
- ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale (cf. tableau infra)

Sans objet

- ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)
- ANNEXE 5: Organigramme
- ANNEXE 6: Fiche FINESS

➤ CONTENU DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

- **EHPAD AU PETIT GARDONNE**
 - **Montagnac-la-Crempse**

Table des matières

<u>EHPAD AU PETIT GARDONNE</u>	16
Montagnac-la-Crempse	16
1. <u>PÉRIMÈTRE DU CPOM</u>	18
2. <u>ELEMENTS TRANSVERSAUX</u>	18
2.1. <u>ORGANISME GESTIONNAIRE</u>	18
2.1.1. <u>Mutualisation</u>	18
2.1.2. <u>Situation financière du gestionnaire</u>	18
2.2. <u>ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM</u>	19
2.2.1. <u>Evaluations internes et externes</u>	19
2.2.2. <u>Coopérations et conventions</u>	19
2.2.3. <u>Politique des ressources humaines</u>	21
2.2.4. <u>Mutualisations des moyens entre les différents ESMS</u>	22
2.2.5. <u>Innovations en santé</u>	22
3. <u>DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS</u>	23
3.1. <u>ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE</u>	23
3.1.1. <u>Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)</u>	23
3.1.2. <u>Analyse des données du tableau de bord</u>	25
3.2. <u>ELEMENTS COMPLEMENTAIRES</u>	26
3.2.1. <u>Activité - EHPAD Au Petit Gardonne</u>	26
3.2.2. <u>Ressources humaines - EHPAD Au Petit Gardonne</u>	26
3.2.3. <u>Diagnostic budgétaire et financier – EHPAD Au Petit Gardonne</u>	27
3.2.4. <u>Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Au Petit Gardonne</u>	29
3.2.5. <u>Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD Au Petit Gardonne</u>	32
4. <u>EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE</u>	33

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
240002303	EHPAD Au Petit Gardonne	Privé	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.

ORGANISME GESTIONNAIRE

Mutualisation

Existence d'un siège du gestionnaire : 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 (€)
TOTAL			

Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

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

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD Au Petit Gardonne	2017	2022

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD Au Petit Gardonne	2013	2024

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

Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		Clinique Pasteur Bergerac
Une équipe mobile de gériatrie	X		CH de Bergerac
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		CH de Bergerac
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Pharmacie Magellan de Villamblard
Un établissement de santé	X		CH de Bergerac
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale		X	

Un réseau de soins palliatifs	X		CH de Bergerac
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	CH de Bergerac
Un cabinet dentaire		X	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	X		EHPAD La Madeleine Bergerac
Autres	X		Laboratoire Novabio

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
REPID - Réseau des EHPAD Privés Indépendants de Dordogne	<ul style="list-style-type: none"> - Réel soutien et entraides entre les différents directeurs - Mutualisation multiples : connaissances, compétences, achats inter-établissements, formations, animations inter-EHPAD, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - mutualiser les formations, les professionnels rares (psychologue, médecin co, ...) 	<p>Réel plus qui engendre une belle dynamique, diminue l'isolement, permet un partage d'informations.</p> <p>Concertation lors de réponse à des appels à projets</p>
AGAPE 24 - Association Gérontologique d'Accompagnement pour les EHPAD de Dordogne	<p>Agrément pour 7 volontaires en service civique : 1 volontaire avec une mission d'animation auprès des résidents dans chacun des 6 EHPAD + 1 volontaire assurant la coordination des autres volontaires. Permet de répondre à des appels à projet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - avoir une meilleure visibilité pour le recrutement des jeunes volontaires - faire de l'information aux niveaux des lycées - renforcer les relations avec les missions locales 	<ul style="list-style-type: none"> - création de lien intergénérationnels avec les jeunes volontaires et les résidents - satisfaction d'aider les volontaires dans leurs projets professionnels

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

Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD Au Petit Gardonne	<ul style="list-style-type: none"> - Remplacements des effectifs (départs retraites, etc.) - Favorise l'apprentissage des jeunes - Prise en compte de la Qualité de Vie au Travail avec un taux d'encadrement optimum (poste "J" en complément pour renforcer la qualité des soins et/ou pallier aux absences) _ Prévention des Risques liées à l'Activité Physique (PRAP) 	0.50 ETP IDE supplémentaire afin de pouvoir organiser des visites en amont de l'institutionnalisation des futurs résidents. Actuellement seulement 2 ETP IDE au sein de la structure qui ne peuvent se dégager hors des murs.	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X		-Beaucoup de formations en interne sur des sujets adaptés faite par le MCO		
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	X		<ul style="list-style-type: none"> -Management de proximité, la direction est au plus près des salariés - adaptabilité au coup / coup - politique via l'apprentissage qui permet le remplacement des départs 	- Bien formaliser les entretiens professionnels et avoir une bienveillance sur les fins de carrière des salariés	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X			
Adéquation du personnel aux missions ?	X		En soins le personnel est diplômé et bénéficie de formations tout au long de l'année		

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
ANNEE N : ESMS EHPAD Au Petit Gardonne	2 ETP	1 - ASH 1 - CUISINIERE	1041€ 5540€	REPLACEMENT
ANNEE N + 1 : ESMS EHPAD Au Petit Gardonne	2 ETP	1 - ASH 1 - AMP	4000€ 4216€	REPLACEMENT
ANNEE N + 2 : ESMS EHPAD Au Petit Gardonne	/	/	/	/
ANNEE N + 3 : ESMS EHPAD Au Petit Gardonne	1 ETP	AMP	4583€	REPLACEMENT
ANNEE N + 4 : ESMS EHPAD Au Petit Gardonne	/	/	/	/
TOTAL			19 380€	
Provisions déjà constituées			/	
RESTE A FINANCER			19 380€	

Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?

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) ?

OUI, détecteurs de chute et de mouvements dans les chambres des personnes repérées à risques (système ALADIN de chez Domalys)

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

L'établissement est intégré au projet télémédecine du Bergeracois.

DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données. Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

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

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : **OUI**

Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire / accueil de jour*) :
HEBERGEMENT PERMANENT : 40
HEBERGEMENT TEMPORAIRE : 0
ACCUEIL DE JOUR : 0
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : **3**
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : **OUI**

Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : **EN COURS**
- Organisation comprenant un pool de remplacement : **NON**
- Nature du diplôme du Directeur : **DIPLOME MASTER II MOMMS : Management des Organisations Médico et Médico-Sociales**

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : **OUI (en date du 26 septembre 2018)**
- Accès à un groupe électrogène : **OUI EN PROPRE**
- Nombre de chambres individuelles : **32**
- 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**
- Partenariat avec un réseau de santé : **OUI avec le CH de Bergerac**
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : **OUI avec la MAIA (PTA) du Bergeracois et le REPID**
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : **EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS, EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE, HAD**

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 : **812,25**
- Dernier GMP validé : **812 au 13 Mai 2019**
- Dernier PMP connu : **242**
- Dernier PMP validé : **262 au 16 Mai 2019**

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 % : **45%**
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % : **87,12%**
- Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?
- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : **100%**
- 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) : **43%**

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%**
- Taux de prestations externes : **3,15%**
- L'organisation est-elle structurée et stable ?
- Taux d'absentéisme (hors formation) : **10,77%**
- Taux d'absentéisme par motif :

MOTIFS	JOURS	%	COMMENTAIRES
Congés parental	380	38%	2 salariés
Enfant malade	4	0,04%	2 salariés
Accident de travail	3	0,03%	1 salarié
Maladie	623	61%	12 salariés : 102 jours pour maladie de courte durée 173 jours pour état pathologique de grossesse 348 jours en longue maladie (2 salariés)

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) :
Evaluation interne faite en 2017
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) :
Evaluation externe faite en décembre 2013

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 :

- Logiciel professionnel soin : PSI
- Logiciel facturation résident : Pyramis
- Logiciel comptabilité et gestion des RH : Eureka santé

Analyse des données du tableau de bord

ESMS Au Petit Gardonne	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	- Etablissement familiale de petite taille (40 résidents) - Partenariat avec un réseau de santé : CH de Bergerac - Conventions avec des équipes mobiles : soins palliatifs et gériatrique	-RH : formalisée la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (EN COURS de réalisation)	
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	- taux d'occupation : 99,93% - taux de réalisation de l'activité : 100%		
Axe n°2 : Ressources humaines	- Une pyramide des âges plutôt équilibrée (35% des salariés au moins de 40 ans) - seulement 1 de trajet et 0 sur le lieu de travail		
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 ?	- évaluation interne : 31/12/2017 - évaluation externe : 12/12/2013		

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

Activité - EHPAD Au Petit Gardonne

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	/	/
Journées réalisées	14 590	/	/
Taux d'occupation	99,93 %	/	/

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

Notre taux d'occupation est optimum proche de 100%. Notre EHPAD est reconnu de tous pour la qualité de la prise en charge proposée en répondant aux besoins du territoire. Nous sommes très souvent sollicités pour des demandes de placement.

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.

5, 6 personnes sont régulièrement en liste d'attente active pour entrer dans l'établissement.

Ressources humaines - EHPAD Au Petit Gardonne

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	1.15	3%	100%			/	/
Services généraux	2.6	7%	100%			/	/
Animation	0					/	/
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	5.5	14%	70%	30%		/	/
Aide-soignant- AMP-ASG	14	35%		30%	70%	/	/
Psychologue	0.20	1%		100%		/	/
Infirmière	2	5%		100%		/	/
Auxiliaires médicaux	0					/	/
Pharmacien ou préparateur	0					/	/
Médecin coordonnateur	0.25	1%			100%	/	/
Autre fonction (à préciser)	0					/	/
TOTAL	25,70	59,70%				/	/

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 13

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)
Direction/administration	0	0	0
Services généraux	0	0	0
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	8.8 %	0	0
Aide-soignant- AMP-ASG	32 %	0.6 %	1 accident de trajet
Psychologue	0	0	0
Infirmière	3 %	0.2%	0
Médecin coordonnateur	0	0	0

- Le Tx d'absentéisme total a été calculé sur le nombre de salariés par catégorie sur la totalité du personnel
- Le Tx d'absentéisme pour courte durée, calculé avec le nombre de jour d'absence < à 6 jours sur le nombre total de jours d'absence

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

MOTIFS	JOURS	%	COMMENTAIRES
Congés parental	380	38%	2 salariés
Enfant malade	4	0,04%	2 salariés
Accident de travail (de trajet)	3	0,03%	1 salarié
Maladie	623	61%	12 salariés : 102 jours pour maladie de courte durée 173 jours pour état pathologique de grossesse 348 jours en longue maladie (2 salariés)

Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Au Petit Gardonne

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- **Les recettes sur la période : 2018-2017-2016**

ESMS xxx	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total
Total Groupes de recettes		227726	533380	761106		225250	521462	746712		216123	508063	724186
Groupe 1												
Groupe 2												
Groupe 3												

▪ Les dépenses sur la période : 2018-2017-2016

ESMS xxx	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total
Total Groupes de dépenses												
Groupe 1		18 355	36 995	55 350		17 832	34 349	52 181		19 547	39 296	58 843
Groupe 2		209723	498768	708491		209934	497394	707328		206075	492956	699031
Groupe 3		0	1296	1296		0	718	718		0	794	794

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

Les charges d'exploitation :

- Groupe 1 : une certaine stabilité est à remarquer, bonne maîtrise de ce poste
- Groupe 2 : en augmentation, mais le personnel acquière de l'ancienneté et il nous faut valoriser les coefficients afin de préserver une certaine fidélité et éviter le turn over préjudiciable dans notre secteur
- Groupe 3 : charges DASRI

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS xxx	N-1	N-2	N-3
Recettes	761 106	746 712	724 186
Dépenses	765 137	760227	758 668
Net	- 4 031	- 13 515	-34 482

Nous remarquons une diminution du déficit, rapport entre une meilleure dotation et des dépenses maîtrisées.

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Non concerné

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 xxx	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	0
Réserve de compensation des charges d'amortissement	0
Réserve de trésorerie	0
Provisions pour risques et charges	0
Provisions pour renouvellement des immobilisations	0
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	0

Projets d'investissement

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

Nous aimerions finaliser la pose de rails de transferts dans la dernière partie de l'Ehpad, les 2/3 ont été fait mais cela représente un coût assez important.

Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Au Petit Gardonne

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

ESMS Au Petit Gardonne	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			
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI			
Contrat de séjour	OUI			
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI	Affiché dans l'entrée sur le tableau d'affichage		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Participation d'une dizaine de résidents	CVS plus fréquent (3/4 par an soit un par trimestre idéalement) contre 2 par an actuellement	
Règlement de fonctionnement	OUI			
Projet d'établissement	OUI		Projet d'établissement en cours de réécriture pour 2020-2025 en tenant compte des remarques émises lors du précédent	
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	Comité de bientraitance créé en interne animé par le psychologue de l'EHPAD		
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Réalisé dans les 6 mois suivants l'entrée du résidents (documents réalisés en interne et mis à jour)		
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	Mise en place en 2018 de bilan hygiène bucco-dentaire		

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>	OUI			
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	NON			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI			
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI	- Cahier de suggestions à disposition - Enquêtes de satisfaction réalisées		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Démarche en cours : rédaction des directives anticipées proposées aux résidents ou à la personne de confiance		
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation 2019	OUI			
Livret thérapeutique en place	NON			
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI	Plan nominatif de soins renseigné quotidiennement	Instauré un moyen d'informatisation du plan de soins qui est actuellement rempli de façon manuscrite	
Protocole risque de chute	OUI	Chaque personnes à risques est identifiées : aménagements et prescriptions adaptées aussi souvent que nécessaires		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Chaque personne à risques est identifiées : aménagements et prescriptions adaptées aussi souvent que nécessaires Etat nutritionnel de chaque résident suivi trimestriellement (matelas à air anti-escarres stade 1)		

Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Convention avec un dentiste pour bilans et formations deux fois par an		
Prise en charge de la douleur	OUI	Utilisation des échelles Doloplus ou Eva		
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Pour nous la fin de vie ne se protocolise pas, il faut adapter au cas par cas, l'empathie des salariés et la taille de l'EHPAD permet d'avoir cette approche individualisée. Il n'y a pas d'heures de visites, possibilité d'accueillir les familles 24h/24 et une chambre d'hôte partenaire peut être mise à disposition afin d'être au plus près de son aîné. Partenariat et soutien avec les équipes mobiles du CH de Bergerac.		
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Vigilance ++ : pesée mensuelle, bilan nutritionnel semestriel sur prescription du médecin coordonnateur. Toute personne à risques est identifiée et les compléments alimentaires adaptés. Toutes les textures sont proposées et mise en place du « manger main ».		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	Utilisation de la méthode Montessori		

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : **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, convention avec la pharmacie Magellan de Villablard.**

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 	<p>Chaque résident dispose d'un médecin traitant libéral. Lors des visites et des renouvellements des ordonnances celui-ci est systématiquement accompagné par une IDE. La prescription est informatisée et transmise à notre pharmacie partenaire. La dispensation est préparée à l'officine sous forme de pilulier individualisé par le pharmacien. Chaque dose est nominative avec l'heure de prise et comporte le nom de la molécule. Tous les toxiques inscrits au tableau B sont stockés dans un coffre-fort avec la prescription adaptée, seul les IDE y ont accès. La validation des prises de chaque médicament est faite sur le logiciel soins.</p>

Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Au Petit Gardonne

Nom EHPAD : Au Petit Gardonne				
Date d'effet de la convention : 23 Décembre 2015				
Date de fin de la convention : Décembre 2020				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
<ul style="list-style-type: none"> • Recensement des résidents • Activités adaptées et formation du personnel 	<p>PROJET ALZHEIMER : démarche et prise en charge adaptée à la population accueillie</p>	<p>Psychologue et équipe pluridisciplinaire</p> <p>Consultation mémoire de Bergerac</p>	R	<ul style="list-style-type: none"> - Bilans réalisés par le psychologue de l'EHPAD - Appui avec la consultation mémoire du Bergeracois - Méthode Montessori en place au sein de l'établissement (activités adaptées de 10h à 12h en semaine avec du personnel dédié)
<ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser et promouvoir notre propre comité • Formation continue du personnel 	<p>Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance</p>	<p>Psychologue et comité déjà en place</p> <p>Formations annuelles</p>	R	
<ul style="list-style-type: none"> • Information des RBPP au personnel • Evaluation interne 	RBPP	<p>Direction IDEC</p> <p>Médecin Coordonnateur</p>	R	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation interne réalisée en 2017 - Enquête de satisfaction en 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion rigoureuse et efficiente en fonction des moyens accordés • Mutualisation et appel d'offre dans le cadre du REPID 	<p>Construire et exécuter le BP pour obtenir un équilibre budgétaire et proposer des prestations de qualité</p>	<p>Direction Responsable hébergement et hôtellerie REPID</p>	R	
<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser le plan de formation pour les 5 ans à venir 	<p>Plan de formation pluriannuel</p>	<p>Formations en interne (psychologue, Mco)</p> <p>Formation avec prestataires extérieurs</p>	EC	

• Rédaction des protocoles	Rédaction des protocoles gestion des risques	Médecin Co IDEC Direction	R	
• Rédaction de la procédure	Rédaction d'une procédure en cas de contamination par des légionnelles	Médecin Co Direction	R	28/01/2016
• Diagnostique à l'entrée du résident • Partenariat avec la fondation John Bost	Accès à la prévention de l'hygiène bucco-dentaire	Médecin Co IDEC Direction Fondation John Bost	R	Non réalisé avec la Fondation John Bost mais grâce à un appel à projet de la Conférence des Financeurs, action menée de novembre 2018 à février 2019 avec un dentiste intervenant. Pérennisation de ce dispositif 2 fois par an
• Amélioration continue de la qualité	Démarche qualité	Médecin Co IDEC Responsable hébergement et hôtellerie Direction	R	Au fil du temps
• Mutualisation de personnels • Mutualisation de formations	Mutualisation des ressources rares avec le REPID	Direction REPID	R	- Formations Montessori - Echange d'informations sur des candidatures et recherches de personnel
• Informations auprès des aidants, réaliser des visites en amont de l'institutionnalisation • Continuer les participations aux échanges MAIA, CLIC	Favoriser la prise en charge de la personne âgée du domicile à l'EHPAD	IDEC Médecin Co Direction Via trajectoire	EC	- Lunch des familles instauré par le psychologue 4 fois par an autour de thématiques choisies. - Les visites en amont ne peuvent se réaliser par manque de temps IDE, les IDE sont en soins et ne peuvent se dégager. - Bonne utilisation de l'outil viatrajectoire
• Pérenniser les échanges avec les lycées et les centres aérés	Développer la dynamique de liaisons intergénérationnelles	Direction Responsable animation REPID	R	- Plusieurs fois par an, des projets communs d'animation avec les lycées du Bergeracois. - Accueil de jeune volontaire en service civique - Activités inter-REPID (olympiades, loto, thé dansant)

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 ?

Le Petit Gardonne souhaite conserver sa capacité d'accueil de 40 lits en hébergement permanent. Cette disposition correspond à la philosophie de l'EHPAD, un accueil familiale organisé par des professionnels en nombre suffisant et de qualité. Nous pensons que l'accueil est plus adapté et personnalisé avec cette capacité. C'est un atout reconnu de tous.

- 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) ?

Nous souhaitons par le biais d'appel à projet proposer un dispositif EHPAD « hors des murs » : la population vieillissante du canton de Villablard nous amène à repenser notre action au sein du territoire. L'EHPAD pourrait être un pilier venant en appui du maintien à domicile. Compléter l'offre de soins territoriale en proposant aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et à leurs aidants des actions d'accompagnements coordonnées (actions de prévention et d'éducation thérapeutiques).

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

Tenant compte du contexte territorial et des difficultés rencontrées par les cadres du CH de Bergerac, il serait souhaitable de proposer une place d'hébergement temporaire d'urgence et d'accueil de nuit. Ces cadres de santé nous ont relaté que parfois certaines personnes âgées étaient maintenues dans leurs services par manque de moyens humains et techniques retardant le retour à domicile.

Cette place pourrait répondre à des besoins de courte durée permettant ainsi une sécurisation et adaptation du domicile en mettant en place des passages d'aidants professionnels (SSIAD, IDEL, ...). Fort d'une première expérience d'EHPAD à domicile certains bénéficiaires ont été temporairement confrontés à une situation similaire ce qui nous a fait entrevoir ce manque sur le territoire. Ce dispositif pourrait cependant s'appliquer à l'agglomération Bergeracoise.

o **ANNEXE 2 : Les fiches actions**

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovation

S

Fiche Action N°1 REPID – EHPAD LE PETIT GARDONNE Coopération et mutualisation	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Réseau dynamique de 6 EHPAD indépendants avec beaucoup d'actions communes mises en place. Potentiel de montée en puissance
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Continuer à optimiser les mutualisations et coopérations avec le REPID
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Réflexion éthique et promotion de la bientraitance : groupes d'échanges de pratique inter-établissement (réunion annuelle IDEC, réunion éthique inter-établissement...) 2- Ressources humaines : mutualisation de compétences, mutualisation d'actions de formation, recrutements mutualisés de professionnels dits « rares » 3- Logistique : achats en commun (incontinence...), système d'information commun 4- Projets stratégiques : étude de projets en commun, réponse commune aux appels à projet

	5- Communication : partage d'informations utiles (orientation des demandes sur établissements du REPID quand pas de places disponibles...)
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD du REPID Organisme de formation, fournisseurs
Moyens nécessaires	Temps de réunions et d'échange REPID Support
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Suivi des échéances et du plan d'actions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre d'actions de formations réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Nombre d'appels à projet commun sur cinq ans Satisfaction des acteurs sur les projets menés en commun. Compte-rendu de réunions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, démarche de la bientraitance

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2 AGAPE 24 – EHPAD LE PETIT GARDONNE- Animation	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Association gérontologique créée en 2016 par les établissements du REPID pour promouvoir et développer la qualité de vie et d'accompagnement en EHPAD.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer les actions d'animations en communs en favorisant la citoyenneté et la promotion professionnelle
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Accueil annuel d'un service civique par établissement et d'un coordonnateur avec mise en place de projets d'animation au sein des établissements 2- Organisation d'actions d'animation communes : Olympiades, Loto géant, sortie pêche... 3- Groupe d'échange de pratique des personnes en charge de l'animation
Identification des acteurs à mobiliser	Etablissements adhérant à l'association DDCSPP
Moyens nécessaires	Temps de réunion Agrément service civique
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Suivi des échéances et du plan d'actions PV Conseil d'administration de l'association</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'actions d'animation réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Satisfaction des jeunes en service civique sur leurs missions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, citoyenneté, insertion sociale

AXE 3: Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3 EHPAD LE PETIT GARDONNE PROMOTION DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE	
<i>Référent (personne ou institution) : MCO, IDE, DIRECTEUR</i>	
Constat du diagnostic	Si la vaccination antigrippale est de pratiquement 100 % auprès des résidents, actuellement 75 % du personnel est vacciné: il faut tendre à optimiser et sensibiliser les acteurs professionnels
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir toujours une couverture proche de 100% pour les résidents - Se rapprocher d'une couverture de 90 % pour les salariés et surtout les sensibiliser à cet intérêt - Dans tous les cas, minimiser les risques de la grippe en milieu collectif et leurs co-morbidités - Eviter au maximum les arrêts de travail dus à la grippe
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Dès le mois de septembre, sensibiliser les familles et les résidents sur ce fait, et leur demander de nous fournir les prises en charge reçues via leur caisse d'assurance maladie - Formation organisée par le MCO afin de sensibiliser tous les acteurs de la structure
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - MCO, IDE, DIRECTION, REPRESENTANTS DU PERSONNEL - MEDECINS TRAITANTS - PHARMACIE PARTENAIRE - RESIDENTS ET FAMILLES, REPRESENTANT LEGAL, CVS
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Communication auprès des familles afin de récupérer les prises en charge - Formation et information des salariés - Vaccins offerts aux salariés, vaccination par nos IDE
Calendrier prévisionnel	Tout au long des 5 ans et à pérenniser
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination de 100 % des résidents - 90 % des salariés vaccinés - Eviter au maximum les hospitalisations

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Bien récupérer les prises en charge - Ne pas oublier les bonnes pratiques en termes d'hygiène et de prévention (lavage des mains, isolement si nécessaire ...)
--	---

AXE 1: Parcours et coordination

Fiche Action N°4 EHPAD LE PETIT GARDONNE Coordination psycho-gériatrique	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur, MCO</i>	
Constat du diagnostic	Peu de dialogue avec le secteur géronto-psychiatrique du secteur, nous sommes parfois confrontés à un manque de communication et un défaut de prise en charge pour les résidents porteur de troubles psychiatriques
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Renouer des liens avec le secteur géronto-psychiatrique du secteur, notamment avec l'hôpital Vauclaire, avoir la signature d'une convention de partenariat - Faciliter l'accès aux soins - Aider au diagnostic et à la décision médicale - Améliorer le suivi psychiatrique des résidents
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer la direction de l'hôpital de Vauclaire et établir la rédaction d'une convention entre nos deux établissements. - Organiser le partenariat
Identification des acteurs à mobiliser	<u>EHPAD</u> : MCO, IDE, PSYCHOLOGUE, DIRECTION <u>CH VAUCLAIRE</u> : Direction et EMEPPA
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Convention - Logiciel soins PSI
Calendrier prévisionnel	2020 et sur toute la durée du CPOM

Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 75 % des résidents nécessitant un suivi psycho gériatrique pris en charge - Nombre d'intervention de l'équipe EMEPPA
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la bonne communication et des transmissions précises
Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'usage de ce dispositif, informer et faire participer les médecins traitants - CR des interventions

AXE 2: Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°5 EHPAD LE PETIT GARDONNE EHPAD HORS LES MURS	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	<p>L'accroissement de la population s'accompagne d'une augmentation de l'âge moyen. Ce mouvement de vieillissement devrait continuer dans les prochaines années. La population âgée est plus importante dans les zones rurales qu'urbaine ce qui nécessite des adaptations spécifiques des activités sociales (accessibilité, services à la personne, santé, etc.). De plus, il existe un risque d'exclusion des personnes âgées et dépendantes, seules, vivant dans un milieu rural qui se diversifie et dont le tissu solidaire de proximité tend à se défaire. Les besoins du territoire sont de rompre l'isolement des personnes âgées, agir sur la prévention de la perte d'autonomie, apporter du soutien et du répit aux aidants. Le tout dans l'objectif de préserver une autonomie et une bonne santé physique et psychologique. Les professionnels de santé ainsi que les familles peuvent témoigner d'un manque de coordination entre les différents intervenants du domicile. Il y a un besoin et un enjeu en termes de coordination des différents acteurs, avoir un « référent » serait bénéfique pour une meilleure efficacité.</p> <p>La démographie de la Dordogne est donc caractérisée par une faible densité et la montée du vieillissement qui ensemble donnent lieu à la présence de situations complexes pouvant se cumuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement géographique à la campagne entraînant des problématiques de mobilité : de distances, de transports et de services

- Fragilité des liens de l'entourage et des réseaux de proximité parfois invisibles pour des personnes qui sont « là depuis toujours »
- Ressources globalement faibles avec une fragilité financière (de nombreuses retraites agricoles)
- Inadaptation du logement avec l'avancée en âge : isolation, chauffage, accessibilité...

Les réponses à apporter aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur entourage familial sont d'encourager et d'articuler les actions de prévention et d'éducation à la santé et les initiatives en faveur de la citoyenneté. (Orientation 2 du Schéma Département d'organisation social et médico-social de Dordogne)

Les chiffres de l'INSEE concernant la commune de Montagnac-la-Crempe du canton de Villamblard montre une population vieillissante. Sur 381 personnes, 63 personnes ont entre 60 et 74 ans (16,5%) et 85 personnes ont entre 75 ans et plus (22,3%). 25 personnes ont plus de 90 ans. Soit 148 personnes ce qui représente 38,80%. Les décès augmentent chaque année, 15 en 2017 contre 11 en 2016 et 7 en 2015. 37,7% des personnes habitant à Montagnac sont des retraités.

Le canton de Villamblard dépend du SSIAD de Mussidan, éloigné de 20km. Très peu de prises en charges sont proposées du fait de son éloignement. En effet, à ce jour seulement deux personnes sur le canton bénéficient de l'intervention d'un SSIAD (une personne est prise en charge par le SSIAD de Mussidan et une autre par le SSIAD de Vergt). Les infirmiers du canton sont donc très sollicités et proposent essentiellement une prise en charge diurne et les passages après 20h restent exceptionnels.

L'AIVAP (Association Intercommunale Villamblardaise d'Aide aux Personnes) située à Villamblard propose des aides à domicile, des auxiliaires de vie et des aides ménagers. Une collaboration existe entre l'EHPAD et l'AIVAP. L'AIVAP accompagne 160 personnes sur le canton avec une amplitude horaire allant de 7h30 à 21h. Elle ne propose pas de garde itinérante et ce n'est pas en projet.

A cela s'ajoute une faiblesse en termes d'accès à la santé avec la présence d'un seul médecin généraliste et d'une seule pharmacie sur le canton.

Un plus serait à apporter pour cette prise en charge et le maintien à domicile, en proposant un professionnel, AS ou AMP en début de nuit.

De par le dispositif que l'on se propose de mettre en place nous pourrions palier ces risques et proposer une installation de nuit et des changes supprimant cette problématique d'horaire.

<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Compléter l'offre de soins territoriale en proposant aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et à leurs aidants des actions d'accompagnements coordonnés.</p>
<p>Description de l'action</p>	<p>EHPAD « hors des murs » en appui du maintien à domicile : un parcours de soins coordonné territorialement par des actions de prévention et la sécurisation des débuts de nuit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déployer un projet d'activités de prévention et d'éducation thérapeutique accessibles aux personnes âgées du territoire vivant à domicile, au sein du cadre rassurant de l'EHPAD : Montessori, Activité Physique Adaptée, café des aidants, ateliers nutritionnels, repérages des MND, etc. • Participer à l'aménagement du domicile pour le sécuriser et réduire les hospitalisations en partenariat avec le CICAT. • Soutenir les aidants familiaux et prévenir le risque d'épuisement en leur permettant de bénéficier d'un moment de répit et/ou de changer de contexte avec la personne aidée en participant ou non aux activités thérapeutiques proposées. • Rompre l'isolement des personnes âgées vivant à domicile et particulièrement celles sans moyen de mobilité en créant du lien social entre les bénéficiaires et avec les résidents de l'EHPAD lors d'activité conjointes. • Organiser la mobilité pour rendre le projet accessible à tous • Renforcer les partenariats de proximité : MAIA, PTA, SAAD, SSIAD, CIAS, AIVAP, CICAT • Eviter les ruptures dans l'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile en mettant en place une coordination efficiente entre les acteurs locaux • Repérer les situations à risque tant au niveau des aidants que des aidés dans un objectif de maintien à domicile : couchers tardifs à domicile, sécurisation des nuits, aménagement de l'habitat avec un accompagnement personnalisé.

Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'Ehpad, IDE, Aide soignantes • Tous les acteurs de terrain du Canton: médecin traitant, IDEL, AIVAP, SSIAD etc
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Sous réserve de financement, création de 2 ETP d'AS ou AMP (budget total de 83000 € / an avec un financement ARS de 76 000 €) • 1 minibus PMR • Mise à disposition des locaux de l'Ehpad
Calendrier prévisionnel	<p>En attente de l'AAC de l'ARS, dès que possible, avant fin 2019</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>File active :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 bénéficiaires - 8 aidants <p>Toute l'action ne pourra être réalisée qu'avec un financement ARS</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Veillez à la pérennisation du budget alloué par l'ARS, dans un premier temps c'est une expérience sur 3 ans, voir à sa poursuite dans le temps. • Entretenir de bonnes relations avec tous les partenaires de terrain • Avoir une communication adaptée et une bonne visibilité • Travail avec l'appui du REPID

AXE 1: Parcours et coordination

Fiche Action N°6 EHPAD LE PETIT GARDONNE Dispositif IDE de nuit	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur	
Constat du diagnostic	<p>Au sud du département, le territoire de bergerac est le plus étendu de Dordogne avec une densité d'habitants de 53,3 habitants au km² proche de la moyenne du département de Dordogne. La densité est variable, le proche bergeracois étant le plus dense avec 490 habitants au km². La population du bergeracois représente 27 % de la population du département. Les femmes représentent 52 % de cette population et près d'un tiers de la population de la population de Dordogne a plus de 60 ans. La population du bergeracois se concentre sur la moitié ouest du territoire autour des communes de Bergerac, La Force, Vélines et Sigoulès. Près de 3 % de la population vit en collectivité.</p> <p>Plus de 26 000 personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans le bergeracois dont plus de 4100 ont au moins 85 ans. Le bergeracois présente un vieillissement de la population plus marqué que le reste de la région. Et plus particulièrement la commune de Bergerac, le canton d'Eymet et la bordure Est du territoire. La population des plus de 75 ans ou plus a progressé de 32 % les dix dernières années. Dans le bergeracois 34 % des plus de 75 ans vivent seuls.</p> <p>Offre de santé et médicosocial du secteur de Bergerac</p> <p>Sur le territoire l'offre sanitaire est composée :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'un établissement de santé publique, le Centre hospitalier Samuel POZZI de 316 lits et places offrant des prises en charge MCO, USLD , un service d'accueil et d'urgences avec SMUR et un EHPAD « les jardins d'antan »- d'un établissement de santé privé à but lucratif de 141 lits et places proposant des soins de chirurgie, SSR et HAD <p>En termes d'offre d'hébergement pour les personnes âgées, le bergeracois compte 18 EHPAD.</p> <p>Dans son 8 ème atlas de la démographie médicale, le conseil de l'ordre des médecins met en exergue une baisse de 12.3 % du nombre de médecins généralistes en Périgord (6.5 % au niveau national), le département souffrant de la baisse la plus forte de la région. Cette démographie médicale situe le bergeracois comme zone défavorisée.</p>

	<p>Cette situation n'est pas sans conséquence sur la prise en charge des résidents en EHPAD ainsi sur le bergeracois, la permanence d'accès aux soins est assurée par une garde médicale de 18h à 20 H du lundi au vendredi de 8h à 20 h les samedis et dimanches ; garde statique sous régulation du Centre 15, au sein de la maison médicale de garde situé à proximité du service des urgences du Centre Hospitalier de Bergerac.</p> <p>Dans un périmètre de 20 kms, le service des urgences du centre hospitalier accueille les résidents en situation d'urgence pour 11 EHPAD.</p> <p>A cette proposition de collaboration 4 d'entre elle ont répondu favorablement.</p> <p>Le présent dossier a été travaillé en collaboration avec les EHPAD suivants :</p> <p>EHPAD la Madeleine situé à Bergerac a 2 kms du Centre Hospitalier Samuel POZZI</p> <p>EHPAD La cavalerie localisé à Prignonrieux a 8 kms du centre hospitalier de bergerac</p> <p>EHPAD Le petit Gardonne situé à Montagnac la Cremspe situé à 15,6 Kms du centre Hospitalier Samuel POZZI</p> <p>EHPAD les jardins d'Antan situé à 0.5 kms du centre hospitalier de Bergerac.</p> <p>L'ensemble de ces trois structures représente 447 places d'hébergement.</p>
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la qualité et sécurité des soins ponctuels relevant du rôle infirmier sous prescription médicale hors champ de l'HAD • Soutenir et conseiller les équipes de nuits des EHPAD partenaires • Assurer l'évaluation clinique initiale du résident en situation d'urgence hors situation de détresse vitale • Etre l'interlocuteur privilégié du centre 15 • Renforcer la coordination de la prise en charge des personnes âgées au sein du service des urgences
<p>Description de l'action</p>	<p>Un infirmier présent au sein du service des urgences de 21h à 7h, 365 jours par an disposant d'un téléphone mobile et d'un véhicule</p>

- Interventions au sein des EHPAD

Soins ponctuels sous prescription médicale : les EHPAD partenaires contactent sur le téléphone portable, l'infirmier de nuit-EHPAD pour la réalisation des actes et surveillance prescrits ponctuellement. Surveillance ponctuelle, administration médicamenteuse à la demande. La demande faite par l'équipe de jour sur le téléphone portable ou bien directement après 21h00 par les professionnels de nuit. La fiche de demande est complétée et remise à l'infirmier de nuit-EHPAD à son arrivée dans la structure concernée

Soins urgents hors champ de la détresse vitale : appel sur téléphone portable, déplacement de l'infirmier sur site immédiatement. A partir du document de liaison d'urgence et de son évaluation clinique, l'infirmier prend contact avec le centre 15. Elle réalise les actes de soins prescrits par le médecin régulateur du centre 15 dans le cadre de la gestion immédiate de la prise en charge. En fonction de l'évolution de l'état de santé du résident, elle assure les transmissions dans le dossier du résident pour garantir la continuité des soins ou bien réalise l'accompagnement du résident au sein du service des urgences pour optimiser la coordination de la prise en charge et accompagnement du retour dans l'EHPAD si simple passage.

Soutien et conseil aux équipes : chaque nuit l'infirmier en dehors des interventions réalise un passage au sein des EHPAD partenaire pendant une durée environ d'une heure selon un planning préétabli pour rassurer les équipes, évaluer les situations qui questionnent les équipes et assurer une transmission des informations recueillies auprès des infirmiers de jour dans le dossier du résident

	<p>- <u>Intervention au sein des urgences</u> :</p> <p>L'IDE aura des activités totalement orientées autour de la prise en charge des personnes âgées. Prioritairement, il accompagnera et soutiendra la coordination des prises en charge des résidents des EHPAD partenaires et également plus globalement les prises en charge des sujets âgés accueillis au sein de la structure. Il suivra plus particulièrement les délais de prise en charge, s'assurera ou réalisera la rédaction des fiches de liaison, et participera aux prises en charge de la filière personnes âgées.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • MCO, IDE, AS DE NUIT • CH DE BERGERAC • EHPAD PARTENAIRES
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Le CH de Bergerac est pilote de ce projet qui a été mis en place sous couvert d'une subvention ARS de 120 000 € / an sur 3 ans + participation des Ehpads partenaires à hauteur de 15 000 € / an
Calendrier prévisionnel	<p>Dispositif en place depuis juin 2018 devant prendre fin en 2020, il faut absolument pérenniser cette action qui démontre son intérêt chaque nuit.</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombres de passage des IDE de nuit dans l'Ehpads • Nombre d'hospitalisation évitée grâce à ce dispositif
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et formation des équipes de nuit • Veiller sans cesse à la bonne coordination et à la traçabilité des interventions

AXE 5: Performance et management de la qualité

Fiche Action N° 7 EHPAD LE PETIT GARDONNE Evènements indésirables	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur	
Constat du diagnostic	La gestion des évènements indésirables et leurs signalements sont en place au sein de la structure, mais il faut renforcer la méthode, et s'approprier un outil connu de tous
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Création d'un outil adapté à l'Ehpad du Petit Gardonne en adéquation avec les recommandations de l'HAS, et que tout évènement soit notifié et analysé
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au point de l'outil (classeur, fiches ...) • Formalisation d'un outil "interne" et un pour les autorités • Nommer un référent structure • Formation auprès du personnel
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur • MCO • IDE
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Formation éventuelle avec intervenant externe, à mutualiser avec le REPID
Calendrier prévisionnel	2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Outil choisi et mis en place • Au moins 80 % de salariés formés • 90 % de déclarations transmises sur tous les signalements relevés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion de l'ensemble de l'équipe • Déclarations adaptées et analysées

AXE 1: Parcours et coordination

Fiche Action N°8		EHPAD LE PETIT GARDONNE	
		Télémédecine	
<i>Référent : Directeur</i>			
Constat du diagnostic	L'accès aux médecins spécialiste est difficile (longue attente) et le transport est compliqué.		
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir un accès aux médecins spécialistes des résidents • Eviter que les personnes soient perturbées par des transports longs, coûteux et contraignants. • Renforcer la coordination de la prise en charge des personnes âgées au sein du service des urgences 		
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une plateforme de télémédecine, permettant un accès aux médecins spécialistes plus facile. • Rendre la consultation du médecin spécialiste plus simple car la personne âgée restera dans son environnement 		
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • IDE, Aide-Soignante, Med Co • Médecin spécialiste • EHPAD porteuse : EHPAD de Mussidan 		
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Installation d'une plateforme technique, achat du matériel • Obtenir la pérennisation du projet et son financement 		
Calendrier prévisionnel	<p>Dès 2019</p> <p>En continu sur le CPOM.</p>		
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateur de l'appel à projet • Nombres de téléconsultations / an : au moins 10 / an 		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation en amont des consultations • Veiller sans cesse à la bonne coordination et à la traçabilité des interventions 		

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

SANS OBJET

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	
<p><u>Fiche action n° 1</u> Continuer à optimiser les mutualisations et coopérations avec le REPID</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Suivi des échéances et du plan d'actions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'actions de formations réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Nombre d'appels à projet commun sur cinq ans Satisfaction des acteurs sur les projets menés en commun. Compte-rendu de réunions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un minimum de 4 réunions / an • Réponse à 1 appel à projet / an 	4	4	4	4	4	<p>La finalité sera de proposer rapidement la création d'un GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale).</p>

<p>Fiche action n° 2 Renforcer les actions d'animations en communs en favorisant la citoyenneté et la promotion professionnelle avec l'association AGAPE24</p>	<p>Indicateurs de mise en œuvre Suivi des échéances et du plan d'actions PV Conseil d'administration de l'association</p> <p>Indicateurs de résultat (impact) Nombre d'actions d'animation réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an</p>	<p>Pouvoir proposer au moins 6 animations communes / an (1 par Ehpad)</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>6</p>	<p>6</p>	
---	---	---	----------	----------	----------	----------	----------	--

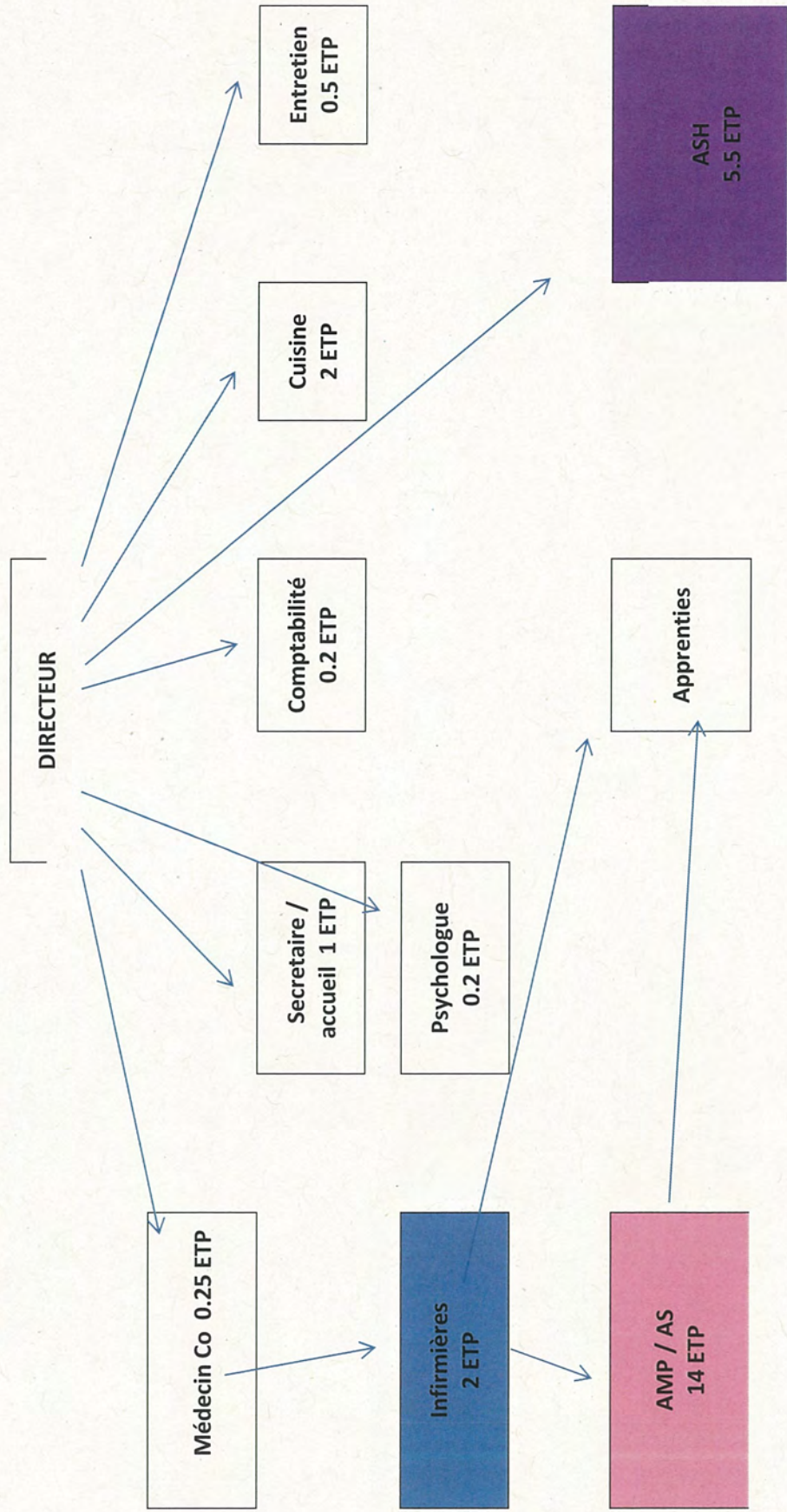
<p>Fiche action n° 3 Promouvoir la vaccination antigrippale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir toujours une couverture proche de 100% pour les résidents - Se rapprocher d'une couverture de 90 % pour les salariés et surtout les sensibiliser à cet intérêt - Dans tous les cas, minimiser les risques de la grippe en milieu collectif et leurs co-morbidités <p>Eviter au maximum les arrêts de travail dus à la grippe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination de 100 % des résidents - 90 % des salariés vaccinés <p>Eviter au maximum les hospitalisations</p>	75%	80%	85%	90 %	90%
---	--	--	-----	-----	-----	------	-----

<p>Fiche action n° 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renouer des liens avec le secteur géro-psihiatrique du secteur, notamment avec l'hôpital Vauclaire, avoir la signature d'une convention de partenariat - Faciliter l'accès aux soins - Aider au diagnostic et à la décision médicale <p>Améliorer le suivi psychiatrique des résidents</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 75 % des résidents nécessitant un suivi psychogériatrique pris en charge - Nombre d'intervention de l'équipe EMEPPA 	<p>30%</p>	<p>45%</p>	<p>50%</p>	<p>60%</p>	<p>75%</p>	<p>Une convention a été signée en 2019 et la mise en route est déjà effective</p>
<p>Fiche action n° 5</p> <p>Compléter l'offre de soins territoriale en proposant aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et à leurs aidants des actions d'accompagnements coordonnées.</p>	<p>File active : - 30 bénéficiaires - 8 aidants</p>	<p>10 bénéficiaires et 5 aidants</p>	<p>20 / 5</p>	<p>30/8</p>	<p>30/8</p>	<p>30/8</p>	<p>Tout au long du Cpom, obtenir la pérennité du dispositif</p>

<p><u>Fiche action n° 6</u></p> <p><u>IDE DE NUIT EN EHPAD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir la qualité et sécurité des soins ponctuels relevant du rôle infirmier sous prescription médicale hors champ de l'HAD • Soutenir et conseiller les équipes de nuits des EHPAD partenaires • Assurer l'évaluation clinique initiale du résident en situation d'urgence hors situation de détresse vitale • Etre l'interlocuteur privilégié du centre 15 <p>Renforcer la coordination de la prise en charge des personnes âgées au sein du service des urgences</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nombres de passage des IDE de nuit dans l'Ehpad <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisation évitée grâce à ce dispositif 	<p>Réduire le nombre d'hospitalisations de nuit – de 5 / ans</p> <p>Améliorer la QVT pour les équipes de nuit (soutien, formations, conseils)</p>	5	5	3	3	2	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et formation des équipes de nuit • Veiller sans cesse à la bonne coordination et à la traçabilité des interventions
---	--	--	---	---	---	---	---	---	--

<p><u>Fiche action n° 7</u></p> <p><u>EVENEMENT INDESIRABLE</u></p> <p>Création d'un outil adapté à l'Ehpad du Petit Gardonne en adéquation avec les recommandations de l'HAS, et que tout évènement soit notifié et analysé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Outil choisi et mis en place • Au moins 80 % de salariés formés 	<p>90 % de déclarations transmises sur tous les signalements relevés</p>	50	60	70	80	90	
<p><u>Fiche action n° 8</u></p> <p><u>TELEMEDECINE</u></p> <p>Garantir l'accès aux résidents à des médecins spécialistes beaucoup plus facilement et rapidement Renforcer la coordination entre les différents professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Outils choisis et mis en place • Nombres de téléconsultations / an 	<p>Au moins 10 consultations / année</p>	5	5	7	10	10	<p>L'Ehpad du Petit Gardonne fait parti de la "grappe" du Mussidanais porté par l'Ehpad de Mussidan</p>

○ ANNEXE 5: Organigramme



○ ANNEXE 6: Fiche FINES

ETABLISSEMENT

Raison Sociale : EHPAD LE PETIT GARDONNE N° FINESS : 240008831
 Adresse Administrative : PETIT GARDONNE N° SIRET : 35300720600017
 24140 MONTAGNAC LA CREMPSE
 Tél: 05 53 81 98 18 Fax: 05 53 81 62 44

IDENTIFICATION

N° FINESS : 24 000 863 1 N° SIRET : 353 007 206 00017
 Date d'ouverture : 15 janvier 1990
 N° FINESS de l'entité juridique de rattachement : 24 000 230 3
 Catégorie de l'établissement : [500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 Statut juridique de l'EI : [72] Société A Responsabilité Limitée (S.A.R.L.)
 Mode de tarification : [45] ARS/PCG, tarif partiel, habilité aide sociale sans PUI
 Participe au service public hospitalier : -
 Code APE : [8710A] Hébergement médicalisé pour personnes âgées

EQUIPEMENTS SOCIAUX

Discipline	Mode de fonctionnement	Clients	Homme	Femme	Total
[924] Accueil pour Personnes Agées	[11] Hébergement Complet interne	[711] Personnes Agées dépendantes	0	0	40

30/01/2015



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2020-2024

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

**La SAS Développement des Foyers de Province,
Gestionnaire de l'EHPAD Le Clos Saint Roch**

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT.....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
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.....	8
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	8
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	8
4.2 Les modalités de versement de la 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 - Engagements du Gestionnaire XX/des ESMS X.....	12
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	13
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	13
4.7 Les frais de siège.....	14
4.8 (Le cas échéant) Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	14
4.9 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.....	16
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	16
6) Le traitement des litiges.....	18
7) La révision du contrat.....	18
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	18
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	18
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD	18
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,

La SAS Développement des Foyers de Province, gestionnaire de l'EHPAD Le Clos Saint Roch, 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, soit Monsieur Bruno VALERY, Président

Visas et références juridiques :

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

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

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

Vu 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 la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 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 SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch 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 SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch 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

Identification de la personne morale habilitée à signer le CPOM	
Dénomination ou raison sociale	Développement des Foyers de Province
Forme juridique	Organisme privé lucratif
Numéro FINESS	13 004 513 1
Adresse siège	31 Rue Saint Sébastien 13006 Marseille
Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire	La SAS DFP (Développement des Foyers de Province) a le contrôle exclusif de l'EHPAD Le Clos Saint Roch à Montpon Ménéstérol
Liste des activités de l'entité juridique gestionnaire	Gestionnaire d'EHPAD et de résidences autonomie et comprenant les activités : Accueil pour personnes âgées autonomes et dépendantes en hébergement permanent, de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et de personnes âgées en accueil de jour.
Organigramme	Bruno VALERY : Président de DFP et Président d'Honneur de l'AFP, Régine GIRARD : Présidente de l'AFP, Cédric DUCHENE : Directeur général
Organisation du siège	- AFP, Association des Foyers de Province - DFP, Développement des Foyers de Province - GFP, Gestion des Foyers de Province - Actemos, organisme de formation
Personne morale entrant dans le périmètre du CPOM désignée pour percevoir la dotation globalisée commune	DFP

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

EHPAD Le Clos Saint Roch à Montpon Ménéstérol	
N° FINESS	24 000 870 6
Adresse de la structure	4 Rue Winston Churchill 24700 Montpon Ménéstérol
Date de l'arrêté conjoint d'autorisation en vigueur	10 avril 2018
Date d'ouverture de l'EHPAD	02 janvier 1991

EHPAD	CAPACITE AUTORISEE et INSTALLEE						TOTAL LITS
	Hébergement permanent			Hébergement temporaire			
	Lits PAD	Unité de Vie Protégée	TOTAL	Lits PAD	Unité Alzheimer	TOTAL	
« Le Clos Saint Roch » Montpon Ménéstérol	58	8	66	0	0	0	66

- 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 Le Clos Saint Roch n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

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

Non concerné.

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

Non concerné.

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.

Un tableau détaille ces orientations en pièce jointe du présent document.

4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

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 de la SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch, 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, dont la durée est fixée par les textes, 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 soins de la SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch 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.

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.

4.1.2 - 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.

4.1.3 – La tarification de l'hébergement

Non concerné.

4.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

La SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

La SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch 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, **pour les EHPAD**, 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.. Les modalités de versement de 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 gestionnaire 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 gestionnaire 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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2020 se répartit comme suit :

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 1/01/2020 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 000 870 6	EHPAD Le Clos Saint Roch	802 054.31 €	802 054.31 €	0
TOTAL GENERAL				

➤ 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 €)	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 870 6	EHPAD Le Clos Saint Roch	322 790.70 €	322 790.70 €	

➤ 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.

4.4.. - Engagements du Gestionnaire SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :
 - ✓ à un taux minimum de 95 %
- 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).

4.5.. 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, une caisse pivot 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 CSS, 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
- la SAS Développement des Foyers de Province – EHPAD Le Clos Saint Roch 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 désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des 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.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 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 (r314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

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).

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) Enfin sur les volets suivants :

■ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement
- Affectation à la réserve d'investissement

■ 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

■ 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.

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).

4.7.. Les frais de siège

Non concerné.

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

Non concerné.

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,

- Pour ceux 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°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :

- un déséquilibre financier significatif et prolongé,
- ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

que 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

5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du 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 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'association dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 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 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.

❖ L'association 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 l'exécution du contrat :

En cas de difficultés ou de situation particulière, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de l'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

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

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

7) LA REVISION DU CONTRAT

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

8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD Le Clos Saint Roch.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1^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 de la Délégation
Départementale de la Dordogne
par intérim

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➤ LISTE DES ANNEXES

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

- **ANNEXE 1 : 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 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale (cf. tableau infra)**

- **ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)**

- **ANNEXE 5 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM**

➤ CONTENU DES ANNEXES

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Sans objet.

ANNEXE N° 4.1: FICHE ACTION

ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS



DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

Développement des Foyers de Province

EHPAD Le Clos Saint Roch



Table des matières

Développement des Foyers de Province.....	1
EHPAD Le Clos Saint Roch	1
1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....	3
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....	4
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE	4
2.1.1. Mutualisation.....	5
2.1.2. Situation financière du gestionnaire	6
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM	6
2.2.1. Evaluations internes et externes.....	9
2.2.2. Coopérations et conventions.....	10
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	16
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS	22
2.2.5. Innovations en santé	23
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....	23
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE	23
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)	23
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord	38
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	39
3.2.1. Activité – EHPAD Le Clos Saint Roch	39
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Le Clos Saint Roch	40
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier – EHPAD Le Clos Saint Roch.....	42
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques – EHPAD Le Clos Saint Roch.....	45
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD Le Clos Saint Roch	52
4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE	57
5. ANNEXES	58
5.1 Annexe 1 : Bilans financiers 2017 & 2016.....	58
5.2 Annexe 2 : Abrégé et synthèse du dernier rapport d’évaluation externe	58

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
240008706	EHPAD Le Clos Saint Roch	Privé	66	66	779 302.90
TOTAL			66	66	779 302.90 *

*base reductible au 31/12/2018

Situation géographique de l'établissement

Situé au cœur de la Double sur la commune de Montpon-Ménéstérol, au Sud-Ouest de la Dordogne, à 50 km de Périgueux et 72 km de Bordeaux, le Clos Saint Roch offre calme et tranquillité dans ses 3000 m² de jardin tout en bénéficiant de la proximité et du dynamisme de la ville. La commune dispose de trois supermarchés et divers autres commerces.

Le Clos Saint Roch est un établissement où le résident conserve son intimité dans une sécurité maximale.



Présentation de l'établissement

L'EHPAD Le Clos Saint Roch est l'un des établissements privés lucratif, faisant partie de l'Association des Foyers de Province, organisme gestionnaire. La résidence Le Clos Saint Roch **a ouvert ses portes en janvier 1991** sous l'aspect d'un Foyer Logement. Les studios d'une surface moyenne de 32 m² sont loués vides permettant ainsi d'agrémenter son habitation avec son propre mobilier, sa décoration et donc de recréer une atmosphère familiale. Ces derniers sont répartis sur 4 niveaux et desservis par deux ascenseurs permettant ainsi aux résidents de passer facilement, de leur appartement coquet et spacieux, aux différentes parties collectives.

Afin de faire face à l'augmentation de la dépendance, le Directeur en poste en 2002 œuvre pour la mise en place d'une **Convention Tripartite qui voit le jour le 1^{er} juillet 2002**. La résidence est alors médicalisée pour **une capacité de 66 lits administratifs** et l'appellation de RPA laisse place à celle d'EHPAD.

L'année 2008 est marquée par le **renouvellement de la Convention Tripartite** (novembre 2008) ainsi que par le rachat des murs par notre association l'AFP (Association des Foyers de Province).

En novembre 2009, c'est le début d'une longue période de **travaux de mise aux normes SSI** (Système Sécurité Incendie) qui se termine en juin 2011.

En avril 2010, à l'issue d'une réorganisation de notre groupe, le Clos Saint Roch arbore une nouvelle dénomination sociale et **prend l'appellation de DFP** (Développement des Foyers de Province), tout en restant dans le groupe des Foyers de Province.

16 avril 2010, l'établissement est sollicité pour la fabrication de repas en liaison froide, pour les personnes âgées à domicile. Cette activité est assurée en partenariat avec le CIAS du Pays Montpennais.

En novembre 2015, la troisième Convention Tripartite est signée.

En mai 2018, des travaux de restructuration ont débuté pour créer une petite Unité de Vie Sécurisée, agrandir la salle à manger et construire un bureau indépendant pour l'assistante de direction.

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

Siège du gestionnaire : Développement des Foyers de Province

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège : NON

Développement des Foyers de Province utilise un prestataire de service pour assurer le fonctionnement de ses fonctions supports. Depuis 2009 cette prestation est confiée à la SAS GFP. La description des domaines couverts par cette prestation et ses modalités de mise en œuvre, sont décrites pages 6 à 10 dans le chapitre « **Eléments communs aux ESMS couverts par le CPOM** ».

2.1.1. Mutualisation

Principaux axes du projet du gestionnaire

Depuis 1997, l'Association fait reposer son projet associatif sur les valeurs de l'AFP : Enthousiasme, Esprit d'équipe, Ecoute, Respect, Recherche de la qualité, et professionnalisme. Le projet, baptisé « Allons plus loin Ensemble » vient placer le résident au cœur de nos politiques par une recherche permanente de la qualité que ce soit sur les activités d'hébergement, de soins, ou d'animations.

L'Association des Foyers de Province s'appuie sur son projet associatif et la dynamique de ses 27 établissements pour déployer un certain nombre d'objectifs phares. Ces objectifs se retrouvent renforcés par la logique du CPOM d'une part, et, d'autre part, dans le cas de la Dordogne et de la Nouvelle Aquitaine, par la densité de notre réseau d'établissements avec un total de 16 établissements en Nouvelle Aquitaine (15 EHPAD et une Résidence Autonomie).

La mise en place d'un CPOM favorisera la mise en œuvre de ces objectifs, que nous allons illustrer synthétiquement ici selon quatre axes et sans que cela ne soit exhaustif :

- **Mieux Accueillir** : dans le cadre de cet objectif phare, le CPOM trouve toute sa place en favorisant le fonctionnement en réseau et en permettant à l'AFP d'intensifier sa politique d'accueil. Cela se traduit notamment par la facilité offerte à un résident d'un des établissements d'un CPOM de devenir prioritaire dans un des autres établissements en cas de souhait de changement géographique ou d'une prise en charge différente et adaptée aux attentes de la personne.

- **Mieux Soigner** : dans ce cadre, l'AFP, visera notamment à mettre en commun ses moyens pour allouer du temps aux cadres soignants (médecins ou IDE cadres) afin d'appuyer la politique du directeur médical d'AFP. Cela permettra de mieux déployer certains thèmes déjà engagés par l'association comme le circuit du médicament ou la gestion du risque infectieux. Les modalités du déploiement des thérapies non médicamenteuses seront développées dans tous les établissements du groupe AFP. D'ici 2020, nous souhaitons exploiter d'une manière optimale nos outils informatiques et mettre en œuvre la télémédecine. Les établissements s'intégreront dans le parcours de la personne âgée par un travail en direction des services HAD et des équipes mobiles.

- **Mieux Héberger** : le CPOM vient également renforcer les politiques développées par l'AFP telles que la restauration, en visant à harmoniser nos pratiques de choix de plats et d'accompagnements pour les résidents, en privilégiant les approvisionnements par circuits courts et les politiques de réduction des déchets. Le programme Nutri-culture lancé en 2018 au Clos Saint Roch sera définitivement intégré au fil des années ; il luttera contre la dénutrition et deviendra « une manière de faire ».

- **Mieux Accompagner** : Enfin, le CPOM servira d'outil pour optimiser le fonctionnement du Clos Saint Roch, permettant avec les autres acteurs du territoire de mieux suivre et accompagner le résident. Nos différentes conventions et notamment celle avec le CIAS du Pays Montpennais pour le portage des plateaux repas, permettent à notre établissement de s'inscrire dans une démarche de proximité et de service à la personne âgée. La présence sur le territoire de la Nouvelle Aquitaine du directeur d'exploitation AFP viendra intensifier cette logique de réseaux intra et inter établissements de santé et médico-sociaux.

Sur l'ensemble de ces axes, nous voyons au travers de ces quelques exemples, qui seront relayés par d'autres réalisations, que le CPOM vient appuyer de façon significative la mise en œuvre d'objectifs clés visant à mieux faire fonctionner les établissements pour le bien-être des résidents qui s'y trouvent et y entreront dans l'avenir.

Personnel financé par les frais de siège au CA n-1

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
TOTAL			

2.1.2. Situation financière du gestionnaire
Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Exemplaire du bilan comptable de l'organisme gestionnaire DFP fourni en annexe (**Annexe 1**).

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

La société GFP exerce auprès de l'AFP une mission permanente en matière de direction générale, d'organisation, de gestion de la qualité, de gestion administrative, de gestion des ressources humaines, formations professionnelles, de gestion financière et comptable, de gestion des achats et du patrimoine, de politique commerciale et technique et de politique médicale. De même, la société GFP assure une mission permanente relative à la gestion de projets d'acquisition, reprise, cession, rénovation, réhabilitation, regroupement, restructuration et création d'établissements pour personnes âgées inclus ou non dans le champ du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Pour ce faire, il existe un pool de ressources mutualisées (fonctions supports) composé de divers services rattachés à une direction générale.

Les principales sont décrites ci-dessous :

- **Les Ressources Humaines :**

Le service RH met en œuvre la politique RH du groupe selon les orientations stratégiques définies par la Direction Générale.

Il veille au respect de la législation du travail et assure un rôle de conseil et d'accompagnement auprès des Directeurs d'établissements quant à la bonne application des procédures RH. La Chargée RH gère l'administration du personnel et la paie des salariés des résidences situées dans la Charente et la Dordogne. Elle est également responsable de l'offre de la formation distance (e-learning).

- **La formation :**

Notre organisme de formation est issu du savoir-faire et de l'engagement de l'Association des Foyers de Province. Il a su élargir son offre de formation en développant un outil de formation à distance et en s'entourant d'intervenants, de concepteurs et d'experts de qualité.

Actemos a reçu un avis favorable de la Commission Scientifique des paramédicaux lors de sa séance plénière du 19 février 2015. Il est donc habilité à déposer des programmes de DPC sur le site www.ogdpc.fr; à gérer les inscriptions des professionnels de santé, à délivrer des attestations aux professionnels de santé justifiant de leur participation à un programme de DPC.

- **La gestion administrative et juridique :**

Ce service est placé sous la responsabilité d'un responsable administratif et juridique rattaché à la direction générale. Il conduit les actions qui permettent au groupe AFP d'appliquer l'ensemble des normes et règlements qui encadrent notre profession. Il conseille la direction générale et les services du siège et organise l'application du droit. Il assure également un rôle de conseil et de contrôle auprès des directeurs d'établissements dans l'ensemble des domaines qui concourent à garantir une exploitation optimale des activités : suivi des contentieux, actes administratifs et juridiques, conventions, cellule de crise, suivi des inspections, tarifs...

- **La gestion financière, comptable et des systèmes d'informations :**

Ce service est scindé en deux pôles : le contrôle de gestion et systèmes d'informations (SI), et le service comptabilité. Le **pôle financier et SI** sont placés sous la responsabilité d'un contrôleur de gestion qui réalise sous l'autorité de la direction générale, les tableaux de bord permettant le suivi financier du groupe. Il participe à la préparation des budgets.

Un contrôle budgétaire est établi mensuellement puis analysé avec chaque directeur d'établissement.

Le **service comptabilité** est géré par un chef comptable assisté de 3 personnes qui travaillent au quotidien à la tenue de la comptabilité. Chaque établissement et le siège bénéficient d'une comptabilité totalement séparée. L'établissement tient la comptabilité client (facturation, encaissements, suivi des comptes clients). Le siège quant à lui tient une comptabilité exhaustive. Un expert-comptable supervise la comptabilité du siège. Chaque année un commissaire aux comptes certifie les comptes.

L'ensemble des résidences est équipé du logiciel TITAN. Ce logiciel modélise, dans une seule et même base de données, l'ensemble des processus de prise en charge du résident, de l'administratif au médical.

- **La gestion des achats et du patrimoine :**

Ce service est placé sous la responsabilité d'un directeur des achats et du patrimoine assisté d'une personne. Il a en charge la maîtrise et l'optimisation des achats du groupe (accords-cadres et négociations qualité/prix dans les domaines alimentaire, d'hygiène et médicaux), la gestion de tout ce qui concerne l'immobilier (d'ordre patrimonial et locatif) et l'entretien des bâtiments (prévisions des travaux, investissements à effectuer).

- **La gestion de la qualité, de l'hygiène et de la sécurité :**

Ce service est géré par une responsable « qualité » directement rattachée à la direction générale. Elle a en charge le déploiement de **la démarche qualité** associative. Elle met en place, pilote, coordonne et évalue le programme qualité. Elle coordonne la réalisation des évaluations.

Depuis janvier 2012, elle coordonne et anime, **la prévention des risques professionnels et le respect des règles d'hygiène**. Elle veille à ce que chaque établissement ait mis en place, mis à jour et suive les actions qui découlent de son Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels. Elle suit les accidents de travail, met en place des outils d'aide à l'amélioration des conditions de travail et à la professionnalisation des pratiques des établissements en termes de sécurité (indicateurs de suivi des accidents de travail, pack sécurité, procédure sur le port des EPI, formations e-learning et présentielles, livret sécurité ...). Elle a été désignée comme référent en prévention des risques professionnels du groupe.

- **La direction médicale :**

Le groupe dispose, depuis janvier 2013, d'une direction médicale occupée par un praticien hospitalier compétent en gériatrie, expert qualité, ayant une expérience du management en établissement de santé. Il veille à assurer la cohérence de la politique médicale et de soins des EHPAD, à élaborer chaque année un projet médical précisant les axes de travail prioritaires du groupe validé par la direction générale, à garantir la bonne application des procédures et protocoles au sein des établissements, et à accompagner la professionnalisation des pratiques des équipes soignantes.

Elle met en œuvre un projet médical annuel sur des sujets divers (optimisation du dossier de soin informatisé, définition et rédaction d'une base documentaire, définition et suivi des outils de reporting, hygiène et risques infectieux, circuit du médicament, définition d'une politique nutritionnelle au sein des établissements, optimisation de l'utilisation des dispositifs médicaux, déploiement des thérapies non médicamenteuses...); elle assure une supervision de la réponse à différents appels à projet émanant des tutelles ou d'organismes financeurs.

La direction médicale est directement impliquée dans la formation continue des équipes soignantes et dans la démarche d'amélioration continue des prestations en matière de soins.

Le directeur médical exerce auprès des médecins coordonnateurs une fonction de coordination et d'animation et assure à leur égard un rôle de référent.

Depuis le 1^{er} Janvier 2018, la direction médicale intègre une fonction « d'infirmière coordinatrice médicale ». En lien avec le directeur médical, elle participe à la définition des objectifs et des actions « de terrain ». Ainsi elle veille à leur mise en place effective au travers d'un plan d'actions dont elle assure le suivi et réalise un accompagnement permanent des équipes soignantes.

Elle se déplace également dans les établissements pour vérifier la conformité des actions mises en place et décrites dans le RAMA et dégager des axes d'amélioration si nécessaire

- **La direction des fusions et acquisitions :**

Le groupe a mis en place en janvier 2017 une direction en charge des fusions et des acquisitions. Cette direction est gérée par un directeur qui dépend directement de la direction générale.

Il recherche, étudie, pilote, exécute et accompagne les projets de fusion, d'acquisition, de cession, et de prise de participation du Groupe.

Il participe à l'intégration financière et opérationnelle des nouveaux établissements dans AFP.

- **La direction d'exploitation :**

Le groupe a mis en place depuis le 01/01/2017 une direction d'exploitation. Ce service est géré par un directeur d'exploitation qui dépend directement de la direction générale.

Il apporte son soutien dans le réseau des Directeurs, valorise les savoir-faire, et apporte une expertise professionnelle dans le fonctionnement des EHPAD.

Il est l'interface entre le siège social et les établissements sur un plan national.

Il participe aux négociations avec les tutelles pour les CPOM, collabore aux regroupements, extensions avec le Directeur des Fusions/Acquisitions et en assure l'intégration avec les services de GFP.

Il travaille en collaboration avec le Directeur des Achats et Patrimoine.

Il manage également le pôle innovation.

Il promeut enfin la stratégie du groupe en développant la capacité commerciale et opérationnelle dans le respect de ses valeurs.

- **Une responsable innovation** rattachée à la direction des exploitations

Elle est en poste depuis le 1^{er} octobre 2016. Au travers de son expertise professionnelle dans le fonctionnement d'EHPAD et de résidence autonomie, sa mission principale consiste à trouver et proposer des solutions innovantes pour le bénéfice des salariés et des résidents.

Pour le personnel : son rôle est de faciliter la réalisation des tâches des soignants (par exemple : entretien des espaces collectifs, des espaces de circulation et des espaces verts), aider la manutention (par exemple : ergo squelette pour prévenir les TMS, robot de tontes, auto laveuses automatiques...).

Pour les résidents, il s'agit de trouver, d'imaginer et mettre en place des solutions permettant dans une certaine mesure un maintien ou un retour à l'autonomie dans certains gestes quotidiens et déplacements ainsi que l'accès à des technologies de communication, d'animation, d'apaisement et de bien-être (par exemple une cuillère ergonomique pour les patients atteints de maladie de Parkinson, EXO TEAM : détermine les profils cognitifs pour les résidents).

Une pratique de veille (réseaux sociaux) et la participation à des salons orientés vers les nouvelles technologies et la silver-économie permettront d'alimenter une base documentaire accessible aux équipes.

- **La gestion de la communication :**

Le groupe développe une politique de communication globale afin de faire mieux connaître l'Association en interne et en externe.

L'AFP travaille en toute transparence et convie la presse aux événements locaux.

Le site internet permet d'accéder à toutes les informations concernant le groupe.

Un intranet rend accessible à chaque employé, grâce à un identifiant et un mot de passe personnels, toutes les informations utiles sur le Groupe, offres d'emploi...

Cet outil permet également d'accéder à notre plateforme de formation en ligne.

2.2.1. Evaluations internes et externes

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe sont en annexe (**Annexe 2**).

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD Le Clos Saint Roch	23/12/2013	Avant le 03/01/2022

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD Le Clos Saint Roch	05 & 06 février 2014	Avant le 03/01/2024

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 Le Clos Saint Roch	RAS		

2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		HAD des Vignes et des Rivières. Recours dès que les critères d'inclusion sont présents.
Une équipe mobile de gériatrie		X	
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		EMSP du CH de Libourne. Partenariat réactif et efficace.
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Pharmacie Centrale MANERA Michel. PDA en place avec une harmonisation pour l'ensemble des résidents.

Un établissement de santé	X		CH de Libourne dans le cadre d'une convention Inter-Etablissements et d'une convention Plan Bleu
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		CHS de Vauclaire. Recours aux consultations CMP de Montpon Ménésterol et intervention 2h/mois d'une infirmière de secteur psychiatrique et recours sur demande si besoin.
Un réseau de soins palliatifs	X		EMSP du CH de Libourne. Partenariat réactif et efficace.
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	X		CH de Libourne. Convention de coopération relative au parcours de soins des résidents avec le pôle Gériatrie du Dr RISI. Favorise la prise en charge rapide dans le pôle gériatrique, sans passage par les urgences, pour une hospitalisation classique ou une hospitalisation de jour, dans le cadre notamment d'un bilan gérontologique avec évaluation multidisciplinaire.
Un cabinet dentaire	X		Dentiste Pierre FAURET qui n'est plus en activité depuis peu de temps. Convention de formation auprès du personnel et prévention hygiène bucco-dentaire et prévention de la dénutrition à raison de deux vacations de 4h chacune par mois, soit une présence de 8h au total sur le mois. Le chirurgien-dentiste reste l'interlocuteur privilégié entre l'EHPAD et le dentiste libéral et/ou l'hôpital pour des soins.
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	

Autres : - Médecins libéraux	X		Contrats portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en EHPAD. Un total de 7 contrats signés sur 7 médecins intervenants actuellement.
- Kinésithérapeutes	X		Contrats portant sur les conditions d'intervention des masseurs kinésithérapeutes en EHPAD. Un total de 6 contrats signés sur 6 kinésithérapeutes intervenants actuellement.
- Laboratoire de biologie médicale AQUILAB	X		Convention de collaboration EHPAD & LBM AQUILAB. Collecte quotidienne, transmission des résultats sécurisés HPRIM/APICRYPT avec logiciel de soin TITAN.
- SOS Oxygène - Dispositifs médicaux - Incontinence	X X X		Convention de collaboration EHPAD & MEDIKALIA pour les 3 prestations ci-contre. Respect des procédures et formations.

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Kinésithérapeutes	Intervention tous les jours dans l'établissement du lundi au vendredi. Prise en compte du projet de soin et traçabilité des actes sur le logiciel de soin TITAN.		Collaboration efficace avec les professionnels de santé de l'EHPAD : Medco, IDEC, IDE, Ergothérapeute (réunions communes).

Pédicures	Les trois pédicures sont présentes aussi souvent que nécessaire et interviennent dans les appartements des résidents et/ou dans la salle de soins.		Tableau d'inscription au bureau des IDE et en salle du personnel.
Coiffeuse	Il existe un salon de coiffure dans l'établissement à disposition d'une coiffeuse qui intervient deux ½ journées/ semaine.		Ce salon de coiffure répond aux attentes des résidents. Chaque résident à aussi la possibilité de faire intervenir une coiffeuse à domicile dans son appartement.
Centres commerciaux locaux	Réaliser de petits achats.		Participation de 3 à 4 résidents 1 fois/semaine.
Esthéticienne	Elle est disponible assez rapidement.	Il n'y a qu'une seule esthéticienne qui intervient dans l'EHPAD.	Les soins apportés sont bénéfiques pour les résidents et ils sont en demande. L'esthéticienne offre régulièrement des lots (soins et/ou produits) pour les lotos de l'EHPAD.
Convention de mécénat culturel avec la mairie de Montpon Ménéstérol	Propose des petites formules de spectacles pour l'EHPAD.		Très bonne collaboration avec le service culturel. Nous invitons également des résidents de l'EHPAD public Foix de Candalle à participer à chacun des spectacles et il en est de même lorsque le spectacle à lieu dans leur établissement.
Convention de mécénat éducateur sportif avec la mairie de Montpon Ménéstérol	Le service des sports de la mairie de Montpon Ménéstérol met à disposition tous les mardis matin pendant 1h un éducateur physique.		Propose un atelier de « gym douce » tous les mardis matin de 10h30 à 11h30 au salon de l'EHPAD. C'est une quinzaine de résidents (y compris en fauteuil roulant et/ou avec des troubles cognitifs) qui participent à cette activité.
Médiathèque de Montpon Ménéstérol	Du personnel se rend une fois par mois dans l'EHPAD pour proposer des livres aux résidents.		Possibilité d'obtenir des livres souhaités pour le mois suivant. Une dizaine de résidents sont

			adhérents gratuitement à ce service.
Culte	Une messe à lieu une fois par mois.		Possibilité pour les résidents de rencontrer les responsables du culte qu'il souhaite.
Club de l'amitié de Montpon Ménéstérol	L'EHPAD propose à des personnes du club de l'amitié de participer 1 à 2 fois/an à des sorties/animations.		Permettre à des personnes extérieures à l'EHPAD de participer à des sorties/animations et de retrouver des anciennes connaissances.
CIAS du Pays Montponnais	Fabrication de repas en liaison froide, pour des bénéficiaires à domicile.		Ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur.
Centre de loisirs « Lou Goullaisous » et crèche de Montpon Ménéstérol	Echanges et rencontres intergénérationnelles pour des spectacles/goûters (Pâques et Halloween)		La joie de nos aînés au contact des enfants (beaucoup d'émotions)
Conventions de bénévoles	Depuis 2017, nous avons signé 4 conventions de bénévoles. Actuellement 3 autres sont en cours de réalisation.		Proposer des activités complémentaires et/ou en partenariat avec l'animatrice en lien avec les compétences et les savoirs de chaque bénévole.
Réseau « 24/33 animateurs »	Réseau d'animateurs du secteur Dordogne et Gironde		Permettre des rencontres Inter-EHPAD pour des lotos, des projections, des sorties, des spectacles, des repas et renforcer les échanges entre établissements.
Réseau « animateurs AFP »	Réseau d'animateurs interne à notre groupe.		Permettre aux animateurs locaux (Charente et Dordogne) de se rencontrer, partager et mutualiser les moyens pour des animations communes.
Les chiens visiteurs		Collaboration à reprendre.	
Association « Corps et Âme »	Apporter soutien et réconfort par des massages	Collaboration à mettre en place	Nous avons rencontré les acteurs de cette association en début d'année 2019.

CONVENTIONS TRANSVERSALES A L'EHPAD

LE CLOS SAINT ROCH	CH de Libourne (Convention Inter-Etablissements)	14/02/2006
	CH de Libourne (Convention Plan Bleu)	11/09/2009
	CH de Libourne (Convention Soins Palliatifs)	01/09/2009 24/01/2011
	Laboratoire de biologie médicale AQUILAB	16/10/2018
	CHS de Vauclaire (Infirmier Psychiatrique)	26/12/2000 20/06/2011 (Av. n°1) 17/05/2013 (Av. n°2) 19/05/2015 (Av. n°3)
	HAD des Vignes et des Rivières	13/11/2011
	Pharmacie Centrale MANERA Michel	01/12/2017
	CH de Libourne (Convention de coopération relative au parcours de soins des résidents : Pôle Gériatrique)	10/04/2014
	Médecins libéraux (9)	23/08/2012 (1) 25/10/2012 (2) 31/05/2013 (1) 15/05/2014 (1) 02/01/2019 (4)
	Kinésithérapeutes (8)	10/01/2011 (1) 04/09/2012 (2) 16/08/2016 (1) 19/08/2016 (1) 02/01/2019 (3)
Mairie de Montpon Ménéstérol (Convention de mécénat culturel)	09/04/2014	

	Mairie de Montpon Ménésterol (Convention de mécénat éducateur sportif)	05/09/2017
	Convention de Formation – Action Hygiène Bucco-Dentaire	21/08/2018 21/01/2019 (Av. n°1)
	Convention Médikalia	01/02/2009

L'établissement a signé des conventions avec les acteurs majeurs du territoire. Les liens avec l'hôpital sont fonctionnels. Les courriers de retours d'hospitalisation ne sont pas toujours adressés.

Le Clos Saint Roch a intégré un système de transmission sécurisé des résultats d'analyse médicale. Une convention détaillée et actualisée incluant l'ensemble des modalités de la prestation est signée avec une pharmacie d'officine ; elle précise formellement le nom du pharmacien référent. Des partenariats sont organisés avec les professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, pédicures).

Le Clos Saint Roch a organisé le dépistage des troubles visuels en 2017, grâce au partenariat avec une optométriste spécialisée en vision basse, les résidents ont ensuite eu la possibilité d'acquérir un équipement in-situ.

La prise en charge des soins bucco-dentaires reste problématique, en lien avec les délais d'attentes et les frais liés au transport. La convention de Formation – Action Hygiène Bucco-dentaire signée avec le chirurgien-dentiste, va permettre de réaliser des dépistages précoces, de faciliter l'accès aux soins des résidents.

Les partenariats avec les acteurs de la coordination (MAIA, réseau gérontologique, Equipe mobile de Gériatrie) gagneraient à être développés pour améliorer le parcours de la personne âgée particulièrement l'accompagnement au moment de l'entrée en structure.

2.2.3. Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

La politique RH se décline en politique thématique (recrutement, rémunération, social et formation) axée autour de 5 piliers :

- Respecter les obligations légales ;
- Fidéliser ;
- Attirer ;
- Motiver ;
- Accompagner le développement du groupe AFP et la mise en œuvre de la GPEC.

En termes de recrutement et intégration, l'AFP met en œuvre plusieurs actions dont le passeport d'intégration des salariés embauchés.

En termes social et rémunération, l'AFP est dotée d'instances représentatives du personnel (Comité Social et Economique, Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail et Délégués Syndicaux) avec lesquels des accords collectifs sont signés pour améliorer les mesures salariales et les conditions de travail.

La formation constitue un levier dans l'optique de mieux accompagner les salariés dans leurs missions (mise en confiance, assurance), dans l'évolution de leurs missions/de leur métier ou dans leur évolution professionnelle.

La direction réfléchit aussi sur la qualité de vie au travail. Des mesures ont déjà été prises :

- La charte de management ;
- Le guide de la parentalité ;
- L'entretien de retour d'absence ;
- Le logiciel de gestion des temps ;
- La sécurité ;
- La prévention des risques ;
- La charte des temps ;
- La charte sur le droit à la déconnexion ;
- L'ambiance de travail (opération smiley);

Modalités de mise en œuvre de la politique de RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour l'établissement et services couverts par le CPOM

Comme indiqué précédemment, l'AFP s'appuie sur des accords collectifs pour déployer sa politique RH et sur des procédures et outils mis au point par le prestataire de service GFP. Plus particulièrement, le constat actuel de difficultés de recrutement de personnel qualifié pousse l'AFP à :

- Former du personnel non qualifié pour des postes AS par exemple ;
- Négocier et conclure des accords avec des prestataires de soin comme l'ergothérapie ;
- Recourir à des prestations d'approche directe en matière de recrutement pour certains postes (Médecins coordonnateurs par exemple).

Le recrutement, la formation, la rémunération, la QVT et la gestion des relations sociales constituent les axes prioritaires de notre politique stratégique des ressources humaines à travers la mise en place d'actions visant à :

- Maintenir et consolider les acquis et compétences de nos collaborateurs ;
- Améliorer la qualité de vie au travail ;
- Diminuer le taux d'absentéisme ;
- Maintenir de bonnes relations sociales ;
- Favoriser l'intégration de nos collaborateurs et les fidéliser ;
- Accompagner nos collaborateurs dans leur évolution professionnelle.

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 ?		X	<p>Le plan de formation est construit chaque année à partir des axes stratégiques de l'AFP, des besoins exprimés par les directeurs d'établissement qui sont systématiquement sollicités et des besoins exprimés par les collaborateurs lors de l'entretien individuel annuel ou de l'entretien professionnel. Certaines actions de formation sont éligibles au DPC.</p> <p>L'AFP s'engage à dépenser chaque année à minima, 2.6% de sa masse salariale brute, soit plus de deux fois son obligation légale si le contexte économique et financier dans lequel elle se trouve le permet.</p>	<p>Mettre en place une procédure permettant d'élaborer un plan de formation toujours annuel mais en ayant désormais une projection sur les 5 années à venir.</p>	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	X		<p>Le groupe AFP s'est engagé dans une démarche GPEC dès 2012.</p> <p>A travers cette démarche GPEC, l'AFP vise à :</p> <p>- respecter une démarche</p>	<p>Actualiser les fiches de fonction en prenant en compte de nouveaux métiers et/ou leur évolution.</p>	

			<p>d'anticipation et de prévision des emplois et des compétences en lien avec sa stratégie ;</p> <p>- à contribuer à l'évolution professionnelle de ses collaborateurs ;</p> <p>- à informer au plus tôt les Instances Représentatives du Personnel et les collaborateurs du groupe des modifications, des évolutions, des créations et des suppressions de poste ou de métier.</p>		
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X			
Adéquation du personnel aux missions ?	X		<p>Avant la prise de poste, remise, notamment de la fiche de fonctions.</p> <p>Accompagnement lors de la phase de prise de poste avec la mise en place de la procédure d'intégration.</p> <p>Acquisition de nouvelles compétences ou renforcement de celles déjà acquises par la formation professionnelle (en présentiel ou à distance).</p> <p>Réalisation d'entretien d'évaluation et</p>		

			d'entretien professionnel. Mise en place de nouvelles lettres d'objectifs annuels (MedCo, Psy et IDEC).		
--	--	--	--	--	--

Tous les personnels à deux reprises dans l'année (1^{er} et 2^e semestre) ont bénéficié de la formation :

- ✓ à la manipulation d'extincteurs ;
- ✓ aux méthodes d'évacuation ;
- ✓ à participer aux exercices d'incendie.

Le groupe AFP poursuit sa campagne de formation via e-learning (formation par intranet) pour les professionnels de ses EHPAD. Les items suivants sont proposés :

- Les soins corporels (10 modules)
- Les conduites à tenir (13 modules)
- Les paramètres de surveillance (10 modules)
- L'accompagnement fin de vie (7 modules)
- La connaissance de la Personne Agée, les fondamentaux (2 modules)
- Les gestes techniques simples et complexes (23 modules)
- Le médicament en EHPAD (3 modules)
- Les situations cliniques (4 modules)
- La sécurité (2 modules)
- La prévention des risques professionnels (9 modules)
- Les situations de crise (3 modules)
- Etre soignant en EHPAD (6 modules)
- Le projet Voltaire : perfectionnement en orthographe
- La prévention et la maîtrise du risque infectieux en EHPAD (9 modules). Cette session est éligible au DPC (Développement Professionnel Continu) et il est obligatoire de passer par une évaluation des connaissances initiales (Pré-test) et finales (Post-test), ce qui permet d'apprécier la progression des acquis de chacun à l'issue de la formation.

Cette politique de e-learning, destinée à tous les salariés de notre groupe (CDI et CDD), est prévue pour perdurer, s'alimentant au fil du temps de nouveaux protocoles et de nouvelles thématiques.

L'AFP propose des modules de formation permettant ainsi à son personnel de se préparer à l'examen du Titre Homologué « **Agent d'Accompagnement pour Personnes Agées et Personnes Dépendantes** ».

Ci-dessous les modules AAPAPD suivi de 2016 à 2018 :

Le Clos Saint Roch	Départs en formation « modules AAPAPD »		
	2016	2017	2018
Modules			
La mobilisation de la Personne Agée		2	1
Accompagnement et animation		4	
Hygiène en EHPAD	1		1
Diététique en EHPAD	3	3	

Relation et communication	1		1
Aide aux soins corporels		2	
Connaissance de la Personne Agée		1	1
SST		1	1
TOTAL	5	13	5

Ci-dessous les autres départs en formations présentiels de 2016 à 2018 :

Le Clos Saint Roch	Autres départs en formations présentiels		
	2016	2017	2018
AFGSU	2	1	
MAC SST		4	3
Maladie Alzheimer		1	4
Maladie Alzheimer actualisation des connaissances		1	3
Référent bientraitance		2	
Bientraitance : « Missions et rôles des Directeurs d'EHPAD et des équipes d'encadrement »		3	
Bientraitance	4	4	
Prise en charge de la douleur			3
Accompagnement en fin de vie		4	1
Déficiences sensorielles de la Personne Âgée			2
Prévention risques infectieux	3	1	
Gestion du stress		1	1
Simulateur vieillissement	14	14	6
PATHOS		3	3
AGGIR		4	4
IDEC en EHPAD		1	
Analyse et retour des pratiques professionnelles	1		
Transmissions ciblées	2		
Construction d'un Plan de Maîtrise Sanitaire		3	
HACCP	2	1	
Recyclage HACCP		1	
Techniques culinaires			1
Nutri-Culture (3 sessions)			12
Intégrer la cuisine aux soins			13
Habilitation électrique		1	
Recyclage habilitation électrique		1	
Conception et réalisation d'un projet d'animation		1	
Recyclage SSIAP 1		2	

Sensibilisation à la maîtrise du risque légionnelle		2	
Management qualité de vie au travail		1	
Piloter une démarche de prévention des risques Pro.		2	
TOTAL	28	59	56

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
ANNEE 2020 : EHPAD Le Clos Saint Roch				
ANNEE 2021 : EHPAD Le Clos Saint Roch				
ANNEE 2022 : EHPAD Le Clos Saint Roch	1.00	ASH Nuit		Remplacement
ANNEE 2023 : EHPAD Le Clos Saint Roch	1.00 0.50	IDEC Med.Co		Remplacement
ANNEE 2024 : EHPAD Le Clos Saint Roch	0.66	ASH de jour		Remplacement
TOTAL	3.16			
Provisions déjà constituées	NON			
RESTE A FINANCER	-			

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Les directeurs du groupe AFP et plus particulièrement la région ouest (Nouvelle Aquitaine) se réunissent régulièrement sur des thèmes précis tels que : préparation EPRD, ERRD, ANAP, CPOM ainsi qu'une journée de cohésion sociale annuelle.

Depuis 2017, les médecins coordonnateurs organisent des réunions de travail et d'échanges. La première rencontre du 18/10/2017 a porté entre autres sur les thèmes suivants : élaboration et/ou validation des Projets de Vie Individualisés (PVI), modalités d'organisation interne du suivi des résidents, adhésion des médecins traitants à la traçabilité sur Titan...

Une journée des soignants est organisée annuellement. En 2017 les thèmes développés ont été, entre autres : le CPOM, l'élaboration des projets de vie, l'hygiène et les risques infectieux, télémédecine et EHPAD ainsi qu'une table ronde sur les techniques non médicamenteuses.

2.2.5. Innovations en santé

Le Clos Saint Roch a réalisé une étude de faisabilité et du coût d'implantation d'un **système d'appel malade nommé « Vivago »** qui permet la traçabilité des appels ainsi qu'un système de détection des fugues par le port de bracelets anti-fugues. Cette installation devrait se concrétiser dans **le second semestre 2019**.

Nous sommes par ailleurs dotés depuis quasiment un an, **de tablettes** dédiées aux infirmières et dotées du logiciel TITAN. Ce système permet de **sécuriser le circuit du médicament** par une vérification et une traçabilité en temps réel de la prise ainsi que d'améliorer le suivi des pansements.

« Nutriculture » a débuté en janvier 2019.

D'autres projets innovants, tels que : TNMP, Télémédecine, DMP et TITAN « Webmédecin », sont sur le point de débiter.

Le département innovation de l'AFP mène plusieurs réflexions visant à contribuer à l'amélioration du bien-être de nos résidents. (cf. page 9)

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Nom de la résidence	Option tarifaire	PUI	Autorisations spécifiques	Convention tripartite
Le Clos Saint Roch	Partiel	NON	Pas d'autorisation spécifique. En revanche, nous sommes en cours d'aménagement/restructuration d'un espace sécurisé, au Rez de jardin, pour accueillir 8 de nos 66 résidents.	OUI CTP 3 ^{ème} Génération effet en Novembre 2015

Soins et accompagnement

Nom de la résidence	Lits et places autorisés	EHPAD HP	EHPAD HT	Unité Alzheimer HP	Unité Alzheimer HT	Accueil de jour	Habilitation Aide sociale
Le Clos Saint Roch	66	66	-	-	-	-	-

GESTION DES RISQUES

Chaque établissement a formalisé la gestion des risques en termes de :

Risque incendie :

La prévention du risque d'incendie est abordée chaque année dans le meilleur respect des obligations légales :

Le système de Sécurité Incendie (SSI) est maintenu en bon état de fonctionnement, les personnels sont formés chaque semestre sur le risque incendie. A ces occasions, ils manipulent les extincteurs et effectuent un exercice d'évacuation/mise en sécurité.

Un classeur de crise rouge répertorie l'ensemble des protocoles, mis à disposition des équipes. Il contient les numéros d'urgence, les coordonnées du directeur d'astreinte, la liste des personnes à prévenir, les coordonnées téléphoniques du personnel, des fiches sur les conduites à tenir en cas de menaces ou d'agression, et autres éléments utiles en cas d'urgence (malaise, fugue, intoxication alimentaire...) ou de problème technique (alarme, panne de téléphone, coupure d'électricité...).

Un classeur bleu contient quant à lui une fiche par résident et sur laquelle sont mentionnés :

- L'Etat Civil,
- Informations Générales (département d'origine, commune d'origine, adresse, situation familiale...),
- Renseignements sociaux,
- Coordonnées des intervenants extérieurs privilégiés (ambulancier, médecin traitant, hôpital habituel, pharmacien...).

Les éléments du classeur bleu sont le plus souvent édités d'après le logiciel de soin (TITAN) de l'établissement (informations administratives).

Le Kit de Gestion des risques

Il s'agit d'un outil identifiant les différents risques (Enjeux de communication / Enjeux sanitaires / Facteur humain / Sécurité des biens et des personnes), et les actions à mettre en œuvre afin de les limiter. Ces documents sont revus, réévalués chaque année avec mise à jour.

Une fois par trimestre un thème est analysé dans le cadre du kit de gestion des risques.

De plus, l'établissement du Clos Saint Roch est doté d'un DAE (Défibrillateur Automatisé Externe)

BIENTRAITANCE

La culture de la bientraitance est inscrite dans les établissements du groupe de l'Association des Foyers de Province.

L'intégration des nouveaux salariés demande un accompagnement pour leur éducation à la démarche.

Au Clos Saint Roch

Deux personnes « référente Bientraitance » sont identifiées. Elles ont bénéficié en 2017 d'une formation « devenir personne ressources en EHPAD pour promouvoir la Bientraitance ».

Toujours dans cette même année, ce sont le directeur, le médecin coordonnateur et l'infirmière référente qui ont participé à la formation intitulée « Missions et rôles des Directeurs d'EHPAD et des équipes d'encadrement ». Dans ce cadre, ces cinq personnes sont les interlocuteurs privilégiés des résidents souhaitant s'exprimer sur ce sujet.

Entre 2008 et 2017, ce ne sont pas moins de 28 salariés de l'EHPAD, toutes professions confondues, qui ont bénéficié d'une formation sur la bientraitance organisée sur site avec comme objectif la formation de tous les salariés d'ici les 5 prochaines années.

La démarche de bientraitance est complexe à développer dans un contexte de turn-over de personnel, d'absentéisme et de recours éventuel à des professionnels non diplômés, mais c'est un enjeu institutionnel. Les salariés sont invités à exprimer les situations dans lesquelles ils ont pu se sentir maltraitants, avec une clause de « non punition ».

L'établissement mène des actions de lutte contre la maltraitance en favorisant le signalement en interne, par le biais de sensibilisations régulières : informations orales délivrées par le médecin coordonnateur, l'infirmière référente, la psychologue en direction des équipes (réunions hebdomadaires).

Afin d'informer les résidents de leurs droits et des mesures possibles en cas de maltraitance, il est inséré dans le règlement de fonctionnement un paragraphe « Prévention de la violence et de la maltraitance ».

En 2018, s'est engagée une démarche de prise en compte des déficits sensoriels (vue et audition) au travers d'une formation de référent « sensoriel » et d'une équipe d'AS/AMP ; aboutissant à un plan d'action tutoré, elle s'inscrit directement dans un accompagnement « bientraitant » du résident

La prévention de la maltraitance repose sur une vigilance de l'encadrement et sur la cohésion de l'équipe soignante au quotidien. Il est prévu, avec la participation du personnel, de mener une réflexion pour rédiger **une charte de bientraitance personnalisée** traduisant les valeurs professionnelles des acteurs à travers dix engagements concernant : l'environnement intérieur et extérieur, l'accueil des résidents, les habitudes de vie, la restauration, la qualité de l'accompagnement, le respect, la sécurité, l'esprit d'équipe, le secret professionnel et la confidentialité, l'accompagnement de fin de vie.

Elle représentera un outil commun propre à l'établissement, et sera partagée par l'ensemble des membres du personnel. Cette Charte sera communiquée aux familles, aux résidents et aux professionnels. Elle sera visible sur les tableaux d'affichage et insérée au livret d'accueil du nouveau salarié.

Depuis le début d'année 2019, la psychologue a mis en place un espace de parole 1 fois par mois, à destination des salariés pour verbaliser autour des difficultés rencontrées.

La psychologue joue un rôle important dans la prévention de la maltraitance.

Elle partage avec le personnel ses connaissances et compétences sur les difficultés et troubles psychologiques de la personne âgée.

Par une étroite collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, elle joue un rôle de médiateur entre la personne âgée présentant des troubles liés à sa pathologie et le soignant qui peut être dans l'incompréhension. Elle mesure les répercussions des troubles psychologiques et neuropsychologiques sur l'autonomie du résident, analyse la demande du résident et de la famille (nature des relations résident/famille). D'autre part, elle contribue à l'évaluation gériatrique standard (GDS et NPI). La psychologue est à l'écoute de tous les soignants pour limiter leur souffrance psychique.

Ressources humaines

Nom de la résidence	GPEC formalisée	Pool de remplacement	Diplôme du directeur
Le Clos Saint Roch	OUI	NON*	Niveau II - GESS (Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux)

* En ce qui concerne les remplacements, il n'existe pas de pool géographique mutualisé. En revanche, un nombre croissant de salariés interviennent régulièrement sur l'établissement et constituent « un vivier de personnel » remplaçants stables et habitués.

Ressources matérielles

Nom de la résidence	Avis favorable commission de sécurité	Avis favorable commission consultative d'accessibilité	Groupe électrogène	Chambres individuelles	Chambres doubles	Plateau technique/ Equipement en propre
Le Clos Saint Roch	OUI 02/06/2017	En cours	OUI	66	-	Réflexions en cours sur 2019 : - Salle de stimulation sensorielle - Projet d'étude d'un jardin de vie adapté aux parcours du « Prendre-soin » de la personne âgée en EHPAD (TNMP). - Espace du personnel (salle de repas, de pause, de repos/détente ...) (QVT)

LE CLOS SAINT ROCH

Le dernier PV de commission de sécurité a été établi le **02/06/2017 avec Avis favorable.**

La réalisation de l'ADAP est en cours pour les mises aux normes accessibilité-handicap.

A fin 2018 les travaux réalisés concernent :

- Aménagement des accès aux bancs extérieurs par un cheminement praticable à la roue (éviter la pelouse et les ressauts des bordures).
- Renforcement de l'éclairage dans toutes les circulations intérieures (100 lux mini), y compris les escaliers, en incluant un système de mise en marche et d'extinction par détecteurs automatiques de présence.
- Mise en place de bandes d'éveil à la vigilance en haut de chaque escalier et peindre les premières et dernières contremarches.
- Mieux identifier le poteau devant l'ascenseur central au niveau du rez de jardin.
- Mise en conformité complète de l'ascenseur

Pour 2019 :

- Signaler l'entrée principale depuis la limite de propriété et renforcer l'éclairage du cheminement. Signaler correctement l'emplacement de la place de stationnement depuis la limite de propriété et mettre en place une signalisation depuis le portail. Modifier le dispositif d'accès du portail extérieur pour qu'il émette un signal visuel.
- Pose complète de la signalétique intérieure.
- Revoir certaines mains courantes pour les rendre préhensibles.
- Remplacement des tables de la salle à manger, pour une meilleure accessibilité.
- Restructuration complète des sanitaires communs du rez de chaussé.

Reste à réaliser :

- Renforcer l'absorption acoustique des revêtements de la salle de restauration et salon du rez de chaussé.
- Equiper les poignées de portes des chambres des résidents avec une poignée de type « rallongée ».
- Equiper d'une poignée la porte coulissante de la salle de bain, côté intérieur.
- Obtenir des dérogations (demandes faites et intégrées dans le dossier Ad'Ap déposé)
- Pour les 4 chambres de type T1, modifier l'agencement du sanitaire dans la salle de bain des résidents pour ménager un espace d'usage près de la cuvette. Mettre les équipements miroir et lavabo à la bonne hauteur et mettre en place une barre d'appui.
- Etudier la possibilité de déplacer les boîtes aux lettres à la hauteur adaptée et légale (100% ou celles des personnes circulant en fauteuil roulant).

Dans le cadre du diagnostic accessibilité, **un agenda d'accessibilité est programmé auprès des services de la Préfecture.**

Partenariats, conventions et coopérations

Nom de la résidence	Plan Bleu	Réseau de santé	Acteurs de la coordination Médicosociale	Equipes mobiles	
Le Clos Saint Roch	OUI	OUI	OUI	OUI	Equipe mobile de soins palliatifs

Plan Bleu :

Le plan Bleu est opérationnel et actualisé annuellement au 1^{er} Juin par chaque établissement du groupe AFP. Il est mis en œuvre par le directeur de l'établissement en cas de crise interne à l'établissement, ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement du dispositif d'alerte et d'urgence.

Il intègre :

- La gestion d'une crise interne à l'établissement ;
- L'accueil de personnes âgées venant de leur domicile ;
- L'accueil de personnes âgées venant d'autres établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
- L'accueil de personnes âgées venant d'un établissement de santé dans le cadre du déclenchement, par cet établissement de son plan Blanc, et selon les directives du Plan Blanc Elargi.

Le plan « crise sanitaire et climatique » a fait l'objet d'une refonte en 2012, afin d'intégrer de nouveaux cas de crises (comme la gale, coqueluche, ...) et d'améliorer son fonctionnement à titre préventif et curatif. Les différents éléments sont régulièrement présentés et discutés en réunion du personnel.

L'EHPAD le Clos Saint Roch est doté de pièces rafraîchies et de ventilateurs, climatiseurs mobiles si besoin.

La résidence comporte plus de deux pièces rafraîchies (le petit salon du hall d'accueil, le salon principal, le restaurant et l'espace animation/détente qui est en cours d'ouverture).

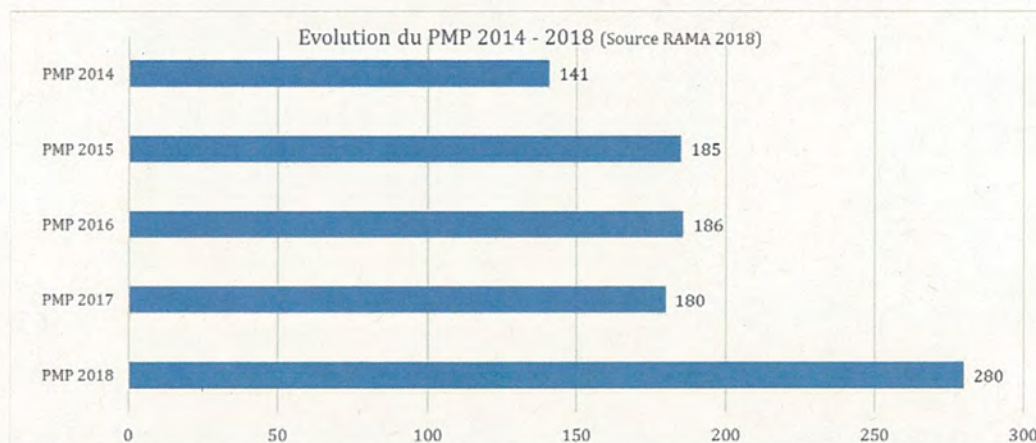
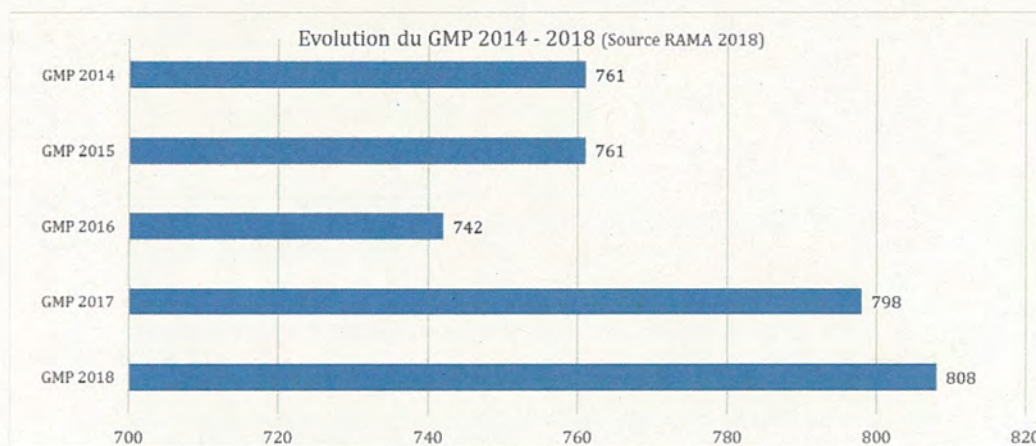
Le Clos Saint Roch est également équipé d'un groupe électrogène.

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 ?

Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

Nom de la résidence	Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation	Dernier GMP Connu	Dernier GMP Validé	Dernier PMP Connu	Dernier PMP Validé
Le Clos Saint Roch	0%	817 (28/02/2019)	808 (05/12/2018)	280 (03/12/2018)	280 (03/12/2018)



Les GMP et PMP ont connu une forte progression entre 2014 et 2018, sans corrélation avec nos effectifs autorisés.

Nom de la résidence (source RAMA 2018)	% de résidents avec troubles cognitifs 42% Modérés : $MMS \leq 20$ 27% Sévères : $MMS \leq 10$	% de résidents avec troubles du comportement (NPI-ES : $F \times G \geq 4$ pour au moins 1 symptôme)
Le Clos Saint Roch	69%	49%

La population accueillie en EHPAD évolue en même temps que l'augmentation de l'espérance de vie. Les personnes âgées restent longtemps à domicile où elles bénéficient de dispositifs d'aide à domicile performants. L'entrée en institution se fait à un âge de plus en plus tardif. Le plus souvent la personne accueillie est admise dans un état de dépendance très mobilisateur en ressources humaines et techniques avec des états pathologiques instables. La part des personnes présentant des états démentiels (plus des 2/3) et des troubles du comportement (quasiment la moitié) s'accroît. Ces résidents ne peuvent malheureusement pas tous, bénéficier d'une prise en charge spécialisée dans les unités Alzheimer.

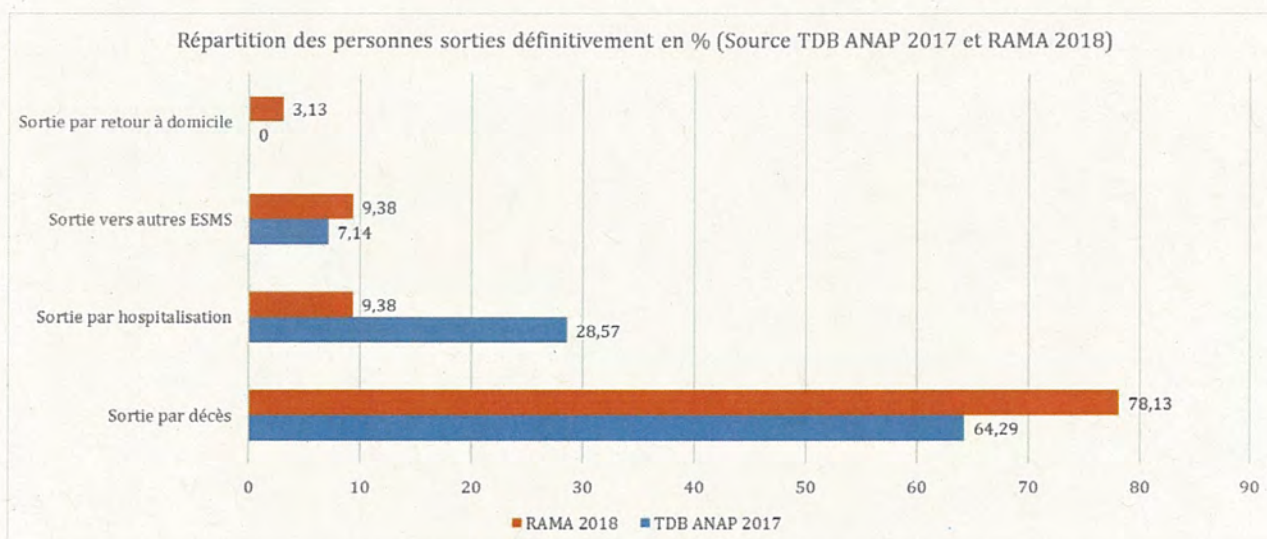
Les conséquences sont doubles :

- Charge de travail supplémentaire pour les équipes, pouvant générer stress et épuisement professionnel,
- Augmentation des troubles type anxiété chez les résidents les plus autonomes.

Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?

Source TDB ANAP 2017	Nbre de sorties totales	Sorties par décès	Sortie par hospitalisation	Sortie vers autres ESMS	Sortie par retour à domicile	Destination inconnue	Taux d'hospitalisation complète (dont HAD)
Le Clos Saint Roch	14	64,29%	28,57%	7,14%	0%	0%	2,04%

Source RAMA 2018	Nbre de sorties totales	Sorties par décès	Sortie par hospitalisation	Sortie vers autres ESMS	Sortie par retour à domicile	Destination inconnue	Taux d'hospitalisation complète (dont HAD)
Le Clos Saint Roch	32	78,13%	9,38%	9,38%	3,13%	0%	1,40%

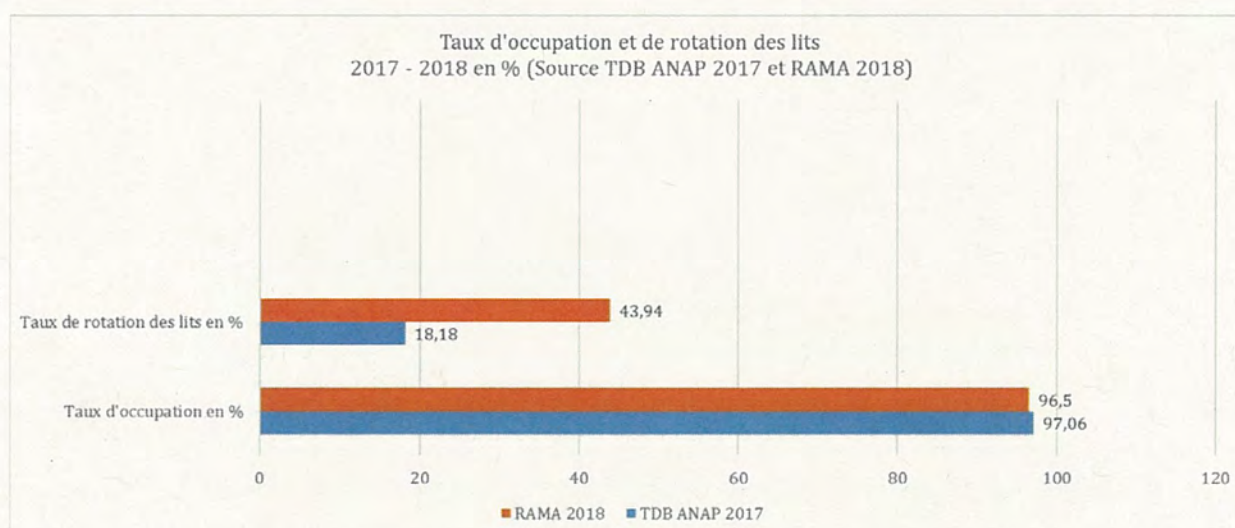


En 2018, le pourcentage de décès en EHPAD se situe au-dessus de celui de 2017 avec une progression de 14%. L'établissement met tout en œuvre pour accompagner dignement les personnes en fin de vie dans leur lieu de vie, ainsi que leur entourage.

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

Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS

Nom de la résidence	Taux d'occupation 2017 %	Taux d'occupation 2018 %	Taux de rotation des lits 2017 %	Taux de rotation des lits 2018 %
Le Clos Saint Roch	97,06%	96,5%	18,18%	43,94%



Taux d'occupation

Le taux d'occupation du Clos Saint Roch reste dans la cible mis à part l'année 2018 qui a connu

une baisse du taux d'occupation de 0,56%.

L'augmentation du niveau de dépendance et des pathologies à l'entrée, la durée des séjours de plus en plus courte, le taux de rotation des résidents, la politique de maintien à domicile, le coût en institution, sont des explications possibles à la diminution du taux d'occupation sur l'année 2018. L'établissement a intensifié ses contacts avec son réseau ce qui a permis de maintenir le taux à un niveau acceptable pour l'année 2018.

Taux de rotation des personnes accompagnées

Nous observons des mouvements importants au sein des structures. L'année 2018 est marquée par une forte augmentation du taux de rotation des lits, passant de 18,18% à 43,94%. Cela reflète des séjours de plus en plus courts, en lien avec une moyenne d'âge élevée à l'admission et en lien avec les poly pathologies déjà évoluées, conditionnant des prises en charge lourdes en nursing et en soins. Cela induit une charge de travail intensifiée impactant l'ensemble des salariés par la préparation des accueils et admissions (évaluation de la situation de la personne, recueil des besoins et attentes, accompagnement d'une situation de rupture pour la personne et son entourage, etc...).

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 ?

Nom de la résidence	Taux d'ETP vacants % 31/12/2017	Taux de prestations externes en % 2017
Le Clos Saint Roch	0%	3,40%

Nous n'avons pas de postes vacants au sein de notre établissement. Le taux de prestations externes concerne principalement le recours à l'intérim.

L'organisation est-elle structurée et stable ?

Motifs Source TDB ANAP 2017 en %	Maladie ordinaire de courte durée	Maladie de moyenne durée	Maladie de longue durée	Maternité é et Paternité	AT et Maladie prof.	Congés spéciaux dont Congés sans Soldes	Taux d'absentéisme hors formation
Le Clos Saint Roch	0,26%	2,61%	4,10%	0,72%	0,06%	0,10%	7.85%

d) Finances et budget (axe n° 3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

Source TDB ANAP 2017 en %	Taux d'atteinte des prévisions des recettes	Taux d'atteinte des prévisions des dépenses
Le Clos Saint Roch	97,60%	100,09%

Quels sont les grands équilibres financiers de l'EHPAD Le Clos Saint Roch ?

Source TDB ANAP 2017 en %	Taux de CAF en %	Taux de vétusté des constructions	Taux d'endettement en %	BFR (en jours)
Le Clos Saint Roch	NC	NC	NC	NC

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

- Répartition des **recettes réalisées par groupe** (en %) :

Source TDB ANAP 2017 en %	Groupe 1 : produits de la tarification et assimilés	Groupe 2 : autres produits relatifs à l'exploitation	Groupe 3
Le Clos Saint Roch	NC	NC	NC

- Répartition des **dépenses réalisées par groupe** (en %) :

Source TDB ANAP 2017 en %	Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure
Le Clos Saint Roch	11,28%	88,56%	0,16%

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

- Répartition des **recettes par section tarifaire** pour EHPAD (en %) :

Source TDB ANAP 2017 en %	Section Hébergement	Section Dépendance	Section Soins
Le Clos Saint Roch	NC	NC	NC

- Répartition des **dépenses par section tarifaire** pour EHPAD (en %) :

Source TDB ANAP 2017 en %	Section Hébergement	Section Dépendance	Section Soins
Le Clos Saint Roch	NC	NC	NC

- Taux d'utilisation de la dotation en soins :

Source TDB ANAP 2017 en %	Taux d'utilisation de la dotation en soins
Le Clos Saint Roch	103,35%

- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :

Source TDB ANAP 2017 en %	Dépenses de personnel	Dépenses de prestation, fournitures médicales et paramédicales	Dépenses de matériel médical
Le Clos Saint Roch	89,00%	1,00%	8,00%

e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n° 4)

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

La démarche d'évaluation interne a été impulsée par le siège de l'association, avec l'élaboration du référentiel par une équipe de directeurs d'établissements de l'AFP, du service qualité et de la direction générale. Ce référentiel est basé sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (HAS).

Il a ensuite été intégré au logiciel QUALITEVAL. Le siège a défini un planning de la démarche pour les établissements de l'association.

Huit axes avaient été définis :

- L'accueil en établissement et la vie en collectivité ;
- Processus d'accueil et d'intégration de la personne dans l'établissement ;
- La vie collective, l'individualité des personnes et l'exercice de leurs droits ;
- La protection des personnes accueillies et la bientraitance ;
- La participation et l'exercice de la représentation démocratique ;
- Les fondements et les objectifs de l'accompagnement personnalisé ;
- L'élaboration et le management du projet personnalisé ;
- L'évaluation du projet personnalisé et la préparation de la sortie.

L'ensemble des résidences de notre groupe s'est engagé dans la démarche d'évaluation interne dès 2012 sur la base de ce référentiel.

LE CLOS SAINT ROCH

L'évaluation interne et le référentiel QUALITEVAL ont été présentés lors d'une réunion du personnel en janvier 2012 et lors du Conseil de la Vie Sociale pour les résidents et leurs familles en février 2012.

Le plan d'action est suivi par les membres de la Direction et du COPIL de l'établissement. Des actions sont ajoutées chaque fois qu'il est besoin pour suivre les évolutions des résidents et améliorer nos pratiques et prestations.

Les fiches actions réalisées ou en cours de réalisation depuis 2013 :

- Etablir la liste des « résidents à risque » ;
- Procéder à la mise à jour des projets personnalisés ;
- Insérer systématiquement un avenant au contrat de séjour pour réactualisation du projet personnalisé ;
- Créer et/ou mettre à jour les fiches de poste ;
- Reformuler la trame du projet personnalisé ;
- Effectuer le suivi des résidents à risque ;
- Etablir un protocole des directives de fin de vie ;
- Avoir un plan de soins plus détaillé ;
- Rappel de la Charte de Bientraitance ;
- Association de la famille au projet personnalisé avec accord du résident ;
- Procédure écrite de présentation et de prise en charge de la douleur ;
- Formation de tous les salariés à la bientraitance ;
- Traçabilité écrite des souhaits émanant du CVS ;
- Bilan d'autonomie ;
- Affiche informative des horaires de présence du MedCo, de l'IDEC et de l'IDE Psy ;
- Réunion groupe de parole avec les familles ;
- Formation diététique ;

- Affichage des règles de vie collectives ;
- Participation des familles au CVS ;
- Accompagnement psychologique des familles pour les démarches administratives

Implication des parties prenantes (usagers, familles, partenaires...).

La démarche d'évaluation interne a été menée avec méthode en associant le personnel qui a été redynamisé dans son engagement auprès des résidents. Elle a permis la création d'un plan d'action qui nous aidera à maintenir notre objectif d'amélioration de la qualité.

La participation des résidents et des familles a été recherchée sans efficacité.

Le référentiel a depuis évolué et les 8 axes comportent actuellement les thèmes suivants :

- Garantie des droits individuels et collectifs
- Prévention des risques liés à la santé, inhérents à la vulnérabilité des résidents
- Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance
- La personnalisation de l'accompagnement
- Accompagnement de la fin de vie
- Le projet de l'établissement
- L'établissement dans son environnement
- L'organisation générale de l'établissement

FOCUS SUR LES EVALUATIONS EXTERNES

Les rapports d'évaluation externe reflètent en grande partie les résultats des évaluations internes, ce qui prouve que les équipes ont réalisé une cotation objective des bonnes pratiques du référentiel évaluatif et qu'elles ont conscience de leurs forces et des points à améliorer au sein des résidences.

On a pu également noter une grande homogénéité des résultats sur les grands sujets au sein de l'ensemble de nos établissements quelle que soit la région concernée.

Des thèmes communs ont été travaillés par l'ensemble des établissements :

- La gestion documentaire ;
- La gestion des risques ;
- La gestion de la qualité ;
- La gestion du médicament et de la Pharmacie, les PVI ; le risque infectieux...

D'autres plus spécifiques en lien avec l'infrastructure ou le mode de fonctionnement ont été intégrés au plan d'action de chacun.

Les thèmes qui ressortent du bilan des évaluations externes et qui ont été travaillés dès 2014 dans notre plan d'actions sont :

- Le Plan d'Amélioration de la Qualité regroupant toutes les actions de l'établissement avec indicateurs de suivi des actions mises en œuvre, et organisation du suivi (copil et comité de suivi à mettre en place) ;
- Les Projets de Vie Individualisés (réfèrent résident avec rôle défini, procédure, démarche de formalisation, déploiement, suivi, évaluation, PVI en place pour tous les résidents, définition d'outils et modèles de documents) ;
- La Sécurité (DUERP, architecture des bâtiments (SSI aux Doucets pavillonnaire) ;
- La vulgarisation de la connaissance du Projet d'Etablissement (participation, synthèse) ;

- La conformité du local à DASRI ;
- La réalisation d'un DARI (GREPHH) ;
- Vulgarisation des RBPP de l'ANESM ;
- Traçabilité des plans de nettoyage ;
- Généraliser la signature de conventions avec les intervenants extérieurs, développer et formaliser les partenariats ;
- Travailler sur les documents qualité et la mise en place d'une gestion documentaire dans les résidences (procédures à écrire, traçabilité à mettre en place) ;
- Sécuriser les documents médicaux, la prise de médicaments (circuit du médicament et gestion de la pharmacie) ;
- Travailler sur le suivi du constat de chute, la mise en place d'une valise ou chariot d'urgence, les coffres à toxique, le contrôle des poids... ;
- Sécurité alimentaire (Plan de Maitrise Sanitaire, HACCP) et hygiène (linge : normes RABC)... ;
- Travailler sur une organisation pérenne de l'accueil des résidents ;
- Travailler sur la participation collective et l'expression des résidents (Commission animation...) ;
- Travailler sur la communication écrite et orale, la traçabilité des plans de soins.

Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

Tous les ESMS intégrés dans l'AFP bénéficient des mêmes outils informatiques via un serveur sécurisé administré et maintenu par un prestataire spécialisé. En outre, les établissements sont connectés à ce serveur par un réseau VPN sécurisé permettant d'accéder à un serveur de données partagées ainsi qu'à un ensemble d'outils dont TITAN (Titan Soins, Titan facturation, Titan Administration, ...), l'un des outils de référence dans le secteur médico-social.

Grâce à cette organisation tous les établissements accèdent instantanément aux dernières procédures mises à jour quel que soit le champ d'application. Toute l'architecture technique et fonctionnelle fait l'objet de règles d'administrations individuelles permettant de sécuriser les droits au niveau de chaque utilisateur pour garantir une préservation des données et une confidentialité de l'information.

Projets informatiques en cours et à venir :

- Depuis 2018, la mise en place d'une sécurisation renforcée des serveurs par la mise en œuvre de serveurs en doublons hébergés au siège de l'Association ;
- Un projet de refonte des liens réseaux et télécommunications a été amorcé en 2017 avec pour objectifs prioritaires l'amélioration des performances réseau sur chaque site, une plus grande harmonisation des outils de téléphonie, une simplification administrative, et une évolutivité accrue pour anticiper les évolutions à venir annoncée par les opérateurs télécoms. En outre, ce projet devra permettre d'apporter plus de services jusqu'à la chambre du résident ;
- GED RH : Un outil de Gestion Electronique de Documents est en cours de déploiement au sein de tous nos EHPAD afin de faciliter la gestion documentaire associée aux processus RH liés au cycle de vie des salariés au sein de l'AFP. Si le retour d'expérience est positif cet outil pourra être déployé à d'autres services supports ;
- Les outils de mobilité continuent d'être déployés au sein de nos EHPAD, notamment au travers de tablettes tactiles équipées des modules SOIN de TITAN à destination des IDE ;
- Un travail continu est réalisé par les services du siège de l'AFP pour chercher à améliorer et automatiser la collecte et la mise à disposition des données demandées par les tutelles au travers des différents tableaux de bord ;

- Sans oublier : Webmédecin, Télémédecine et DMP.

Tous les nouveaux outils mis en place au sein de nos EHPAD sont accompagnés de sessions de formation et de procédures documentées lorsque cela est nécessaire pour permettre à chaque utilisateur d'être acteur du changement et tirer le meilleur parti de ces nouveaux outils.

Enfin, l'accent est mis sur la gestion de la sécurité, la confidentialité des données et la gestion des droits d'accès selon différents niveaux d'habilitation octroyé à chaque salarié informatisé.

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD LE CLOS SAINT ROCH	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	66 lits autorisés pour 66 petits studios d'une surface moyenne de 32m ² , personnalisables avec son propre mobilier.	Travaux en cours pour la création d'une UVS. Nous sommes en cours d'aménagement/restructuration d'un espace sécurisé, au Rez de jardin, pour accueillir 8 de nos 66 résidents.	Les ETP d'ASH accordés à la 1 ^{ère} CTP ne sont pas en adéquation avec les surfaces d'entretien des studios (32m ² contre 20m ² en moyenne dans les autres établissements, soit environ 800m ² de plus à entretenir).
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Maintien de l'autonomie, prévention, rééducation, soutien psychologique, accompagnement fin de vie.	Réflexion en cours sur : - Salle de stimulation sensorielle - Un jardin de vie adapté aux parcours du « Prendre-soin » de la personne âgée en EHPAD (TNMP).	Taux de personnes présentant des troubles cognitifs et des troubles du comportement en constante progression.
Axe n°2 : Ressources humaines	Personnel relativement stable et ensemble des ETP recruté.	- Besoin urgent d'augmenter le nombre de postes d'AS, d'ASH et le temps de la psychologue. - Avec les recrutements AS, revoir les plannings de travail afin de diminuer ou supprimer totalement les journées de travail en coupure.	Réajuster la masse salariale en lien direct avec l'augmentation significative du PATHOS et du GMP.

		- Espace du personnel (salle de repas, de pause, de repos/détente ...) (QVT)	
Axe n°3 : Finances et budget		Budget en déficit sur la section Dépendance.	En attente d'une dotation plus conséquente sur la section Dépendance et Soins.
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Evaluation interne en 2013 et externe en 2014.	Nombreux critères du référentiel.	Difficile pour les personnels de s'approprier la démarche en plus des différents protocoles en interne. Il est demandé de participer à de nombreuses réunions de travail en plus du travail quotidien et il peut y avoir une certaine lassitude.

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD Le Clos Saint Roch

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (ERRD 2017)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques (<i>capacité x365j</i>)	24090		
Journées réalisées	23381		
Taux d'occupation	97,06%		

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

L'établissement a débuté l'année 2017 avec un nombre de décès très rapprochés de février à avril, soit 8 décès sur cette période. De plus, nous avons connu une forte augmentation de la dépendance durant l'année 2017 pour une grande majorité des résidents.

Cette aggravation du GMP a eu pour conséquence :

- Un épuisement des personnels ;
- Une sélection des dossiers (plutôt GIR 3/4) en attente et des nouveaux entrants ;
- Une charge de travail supplémentaire pour l'ensemble des équipes ;

- Sur le plan administratif en ce qui concerne la constitution des dossiers et les visites ;
- Pour les équipes soignantes et non soignantes pour ce qui concerne l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des nouveaux résidents et de leurs familles.

Cette forte augmentation de la dépendance et des pathologies de nos résidents se vérifie avec les nouvelles évaluations du GMP et du PMP effectuées et validées en décembre 2018.

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

« La liste d'attente » très importante durant de nombreuses années, tend à disparaître. Les dossiers nous parviennent essentiellement par « via-trajectoire », et par notre réseau de médecins libéraux. Les demandes directes des familles sont rares.

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Le Clos Saint Roch

Tableau des effectifs réalisés au dernier ERRD 2017

PERSONNEL SALARIÉ ERRD 2017	Nb ETP	Ratio encadre ment	Héberg ement	Dépend ance	soin	Postes non pourv us (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/administration	3	0,0455	3				
Cuisine	3	0,0455	3				
Services généraux	2	0,0303	2				
Animation	1	0,0152	1				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	9,75	0,1477	6,83	2,93			
Aide-soignant- AMP-ASG	14	0,2121		4,20	9,80		
Psychologue	0,20	0,0030		0,20			
Infirmière	4	0,0606			4		

Auxiliaires médicaux	0,40	0,0061			0,40		
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0,50	0,0076			0,50		
Autre fonction (à préciser)							
TOTAL	37,85	0,5735	15,83	7,33	14,70		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : nous avons actuellement 7 médecins libéraux qui interviennent dans l'EHPAD sur un total de 9 médecins qui ont signé une convention avec l'EHPAD Le Clos Saint Roch.

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social 2017)

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total 2017	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Administration (secrétaire, assistante)	0,67%	0,67%	0
ASH/AV	2,15%	0,32%	1
Direction (directeur, directeur adjoint)	0,00%	0,00%	0
Médical (Med Co)	0,00%	0,00%	0
Paramédical (AS, AMP, IDEC, IDE)	12,13%	0,23%	0
Psychologue	0,00%	0,00%	0
Restauration (Cuisinier, aide cuisinier)	15,20%	0,00%	0

Services Généraux (maintenance)	4,71%	3,30%	1
Socio-éducatif (animateur)	0,00%	0,00%	0
Ensemble établissement	7,32%	0,39%	2

Concernant les accidents de travail, la résidence Le Clos Saint Roch est très peu accidentogène. Le nombre d'AT avec arrêt en 2017 est au nombre de deux et ils représentent 10 jours perdus au total.

Ces AT concernent 1 ASH de nuit lors d'une manutention manuelle d'un résident (4 jours d'arrêt) et 1 salarié de la maintenance suite à une glissade (6 jours d'arrêt).

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Le Clos Saint Roch

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

▪ **Les recettes sur la période :**

EHPAD Le Clos Saint Roch	2017			2016			2015		
	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de recettes	241 912	764 537	1 006 449	249 146	776 884	1 026 030	233 008	764 364	997 372
Groupe 1									
Groupe 2									
Groupe 3									

▪ **Les dépenses sur la période :**

EHPAD Le Clos Saint Roch	2017			2016			2015		
	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total

Total Groupes de dépenses	241 912	790 173	1 032 085	241 253	740 709	981 962	247 898	649 731	897 629
Groupe 1	32 656	83 775	116 431	29 663	69 718	99 381	27 063	72 460	99 523
Groupe 2	209 256	704 785	914 041	210 746	660 817	871 563	217 782	565 813	783 595
Groupe 3	0	1 613	1 613	844	10 174	11 018	3 053	11 458	14 511

Les charges d'exploitation :

- **Groupe 1** : Les dépenses de ce groupe progressent de façon logique d'une année sur l'autre. Afin d'encadrer les éventuelles fluctuations de dépenses sur le poste des produits d'entretien, nous avons signé un accord « cadre » avec un prestataire de fourniture de produits d'entretien. Nous avons fait de même pour les produits absorbant, les dispositifs médicaux et fournitures médicales afin de maîtriser au mieux les coûts de ces dépenses.
Ce poste intègre également les différents coûts de formation sur la section Dépendance et Soins. Nous constatons également une augmentation du nombre de départs en formation du personnel.
- **Groupe 2** : A ce jour, le recrutement de personnel soignant est relativement stable au Clos Saint Roch. L'évolution de ce poste de charges au fil des années est en lien direct avec le recrutement de 2 postes d'AS et d'une psychologue à 0.20 ETP en 2016, 1 poste d'AS et l'augmentation du temps du temps du Médecin Coordonnateur à 0.50 ETP en 2017.
Ce poste intègre également les frais de personnel intérimaire que nous sollicitons également pour remplacer les salariés absents pour congés, maladie ou formation et que nous ne pouvons remplacer par des personnes non qualifiées.
- **Groupe 3** : Ce poste concerne essentiellement les dotations aux amortissements et il est en régression du fait de la fin d'amortissement de certain matériel.

▪ **Résultats à affecter section SOIN :**

EHPAD Le Clos Saint Roch		2017	2016	2015
Recettes		764 537	776 884	764 364
Dépenses		790 173	740 709	649 731
Net		-25 636	36 175	114 633
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)			-29 330 (Reprise des résultats des exercices antérieurs. Déficit 2014)	-35 525 (Reprise des résultats des exercices antérieurs. Déficit 2013)
Résultat à affecter		-25 636	6 844	79 108
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES				
2017	La notification du résultat sera notifiée dans le cadre de la procédure de fixation de la dotation globale de soin 2019.			
2016	1 711 affecté à la réduction des charges d'exploitation 5 133 affecté en réserve de compensation des déficits d'exploitation			
2015	39 554 affecté à la réduction des charges d'exploitation 39 554 affecté en réserve de compensation des déficits d'exploitation			

▪ **Résultats à affecter section DEPENDANCE :**

EHPAD Le Clos Saint Roch	2017	2016	2015
Recettes	241 912	241 253	233 008
Dépenses	241 912	249 146	217 087
Net	0	7 892	
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)		-8 585 (Report à nouveau)	
Résultat à affecter		-693	-19 768
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
2017	La notification du résultat sera notifiée dans le cadre de la procédure de fixation de la dotation globale de soin 2019.		
2016	Le résultat déficitaire cumulé 2016 est arrêté à hauteur de -693 HT. Ce résultat est affecté au compte 110 en aggravation des charges d'exploitation 2018.		
2015			

Bilan financier de l'établissement 2017 et 2016
Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Non concerné

Non dispo
par EHPAD

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité
Oui/Non
Durée : ans
Période du / / Au / /

Non concerné

Non concerné
/Statut

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 :

EHPAD Le Clos Saint Roch	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	44 687
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	41 265
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires : Les données comptables dont nous disposons ne permettent pas de produire des états détaillés par section tarifaire. Les soldes figurant ci-dessus relèvent de la section soin.

Projets d'investissement

Des projets sont actuellement **en cours de réalisation** au Clos Saint Roch et il s'agit de :

- La création d'un bureau individuel pour l'assistante de direction ;

- Le réagencement du secrétariat, comprenant un espace adapté pour recevoir les résidents et/ou leurs familles, en respectant une certaine confidentialité des échanges ;
- L'aménagement/restructuration d'un espace sécurisé, au rez de jardin, pour accueillir 8 de nos 66 résidents. La réalisation de cet espace est devenue une nécessité et sera semblable à une Unité de Vie Sécurisée pour les résidents présentant des troubles du comportement et plus particulièrement les déambulations ;
- La création d'une salle d'animation qui vient en extension de la salle de restaurant, afin de multiplier les espaces de convivialité, d'échanges et de rencontres pour les résidents et les familles ;
- Une étude de faisabilité et du coût d'implantation d'un système d'appel malade nommé « Vivago » qui permet la traçabilité des appels ainsi qu'un système de détection des fugues par le port de bracelets anti-fugues. Cette installation devrait se concrétiser dans le second semestre 2019 ;
- Poursuivre les travaux liés à l'accessibilité et inscrit au programme Ad'Ap ;

D'autres projets sont actuellement **en cours de réflexion** au Clos Saint Roch et il s'agit de :

- L'aménagement/restructuration de l'ancien appartement de fonction, accolé à l'EHPAD, afin de créer un espace pour le personnel et comprenant un coin repas, un espace repos et détente, en lien direct avec la « **QVT** » ;
- La création d'un espace de stimulation sensorielle, dans une des pièces de l'ancien appartement de fonction cité précédemment, en relation directe avec l'augmentation significative des personnes présentant des troubles du comportement ;
- Projet d'étude d'un jardin de vie adapté aux parcours du « Prendre-soin » de la personne âgée en EHPAD, en lien direct avec les « **TNMP** ».

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Le Clos Saint Roch

EHPAD LE CLOS SAINT ROCH	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	Mise à jour régulière		
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	Affichée à l'entrée de l'établissement. A disposition en systématique dans le dossier d'inscription		
Contrat de séjour	Oui	Mise à jour régulière et approbation du CVS		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui	3 réunions annuelles	Recrutement de plus en plus difficile des	

			résidents lors des élections	
Règlement de fonctionnement	Oui	Mise à jour régulière et approbation du CVS		
Projet d'établissement	Oui	Mise à jour régulière		
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	Rédaction d'un livret bientraitance et mis en place de référents bientraitance ayant reçu une formation (5 salariés)	Rédaction d'une charte de bientraitance personnalisée à l'EHPAD.	
Projet d'accompagnement personnalisé	Oui	Informatisé	Actualisation régulière difficile.	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui	Convention avec des kinésithérapeutes libéraux. Orthophoniste. Pédicure	Bilan avec optométriste à réaliser une fois par an. Bilan audiométrie à développer.	
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>	Oui	Analyse systématique des évènements indésirables par le « Copil » (Directeur, MedCo, Psy et IDEC). Le protocole de déclaration des évènements indésirables est à disposition sur le comptoir du secrétariat.		Mis à disposition des personnels, des résidents et familles.
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	Mise à jour régulière dans Qualit'Eval		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	Oui	- Formations ACTEMOS présentielle et à distance - Formations internes - APP		
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	Oui	Registre des plaintes ainsi que des fiches d'incidents et de réclamations traitées en CODIR		
Information des résidents pour rédiger des directives anticipées	Oui	Les formulaires pour la personne de confiance et les	Les résidents ont du mal à les rédiger, par	

		directives anticipées sont inclus dans la plaquette d'inscription et sont systématiquement présentés au moment de l'admission par l'IDEC et par la suite lors de l'entretien avec la psychologue.	manque de culture médicale	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier TITAN. - Pharmacie référente avec PDA. - Bilan biologique systématique à l'entrée. - Réunion gériatrique organisée 1 fois par an par le Médecin Coordonnateur. - Evaluation annuelle du circuit du médicament et de la iatrogénie (audit interne réalisé par une salariée compétente de notre groupe). Evaluation gérontologique standardisée (Medco, Psy et IDEC). 		
Livret thérapeutique en place	Oui	Livret édité par l'ARS Alsace Lorraine.		
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui		PVI à insérer sur le logiciel de soin TITAN et plus sur papier. Grâce à l'outil TITAN, les objectifs du PVI seront régulièrement analysés (alarmes informatiques)	
Protocole risque de chute	Oui	- Evaluation systématique à l'entrée avec le test up and go		

		<p>informatisé sur Titan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les chutes sont systématiquement déclarées dans le logiciel soins TITAN avec le descriptif des circonstances de survenue. - Chaque chute est analysée par l'ergo, l'IDEC et le MedCo, mensuellement. 		
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation à l'entrée par le test de Norton. - MNA systématique. - L'état cutané est évalué lors des soins d'hygiène chaque jour. - Si besoin, recours au matelas à air et aux coussins de positionnement adaptés (présence de l'ergo). - Nutriculture (prévention de la dénutrition) 		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de Formation – Action hygiène bucco-dentaire avec un dentiste vacataire (2 vacations par mois). - Indispensable pour Nutriculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Transports vers les cabinets limités pour les résidents en situation de handicap. - Formation du personnel soignant. - Installation d'un fauteuil dentaire. 	
Prise en charge de la douleur	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'outil ALGOPLUS, DOLOPLUS, EVA en systématique lors d'un constat algique. - Référent douleur nommé. 		
Accompagnement de la fin de vie	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Recours au service de soins palliatifs avec le lequel nous avons une convention. - Les fins de vie dans l'institution sont privilégiées et les hospitalisations dans ce contexte évitées (année 		

		2018 : 28 décès dont 25 dans notre EHPAD).		
Prise en charge de la dénutrition	Oui	- Pesée systématique à l'entrée et suivi mensuelle régulier ou hebdomadaire si nécessaire. - Analyse mensuelle des courbes de poids et albuminémies. - MNA systématique dans le cadre de l'évaluation gérontologique standardisée - Nutriculture : donner envie de manger, dépister les handicaps de chaque résident, c'est-à-dire troubles masticatoires, dysphagie, mal voyance, troubles de la préhension.		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui	- Les troubles du comportement sont analysés par l'échelle NPI/ES et par la psychologue. - Le médecin coordonnateur et la psychologue privilégient la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement.	TNMP : Projet porté par la Direction médicale avec le soutien d'un géronto psychiatre référent national : déploiement sur le Clos Saint Roch au cours de 2019/2020	

FOCUS sur les thérapies non médicamenteuses (TNM)

- Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse :

La prévalence des troubles du comportement ne cesse d'augmenter dans les établissements du groupe, particulièrement ceux d'entre eux qui sont situés en zone suburbaine. Face à ces troubles, le corps médical est souvent désorienté et recourt volontiers à la prescription de neuroleptiques.

« L'indicateur médicamenteux » figure dans notre RAMA depuis trois ans : le nombre et le taux des résidents sous neuroleptiques, nombre et taux de résidents ayant un traitement continu par voie orale supérieur ou égal à 6 molécules.

Le médecin coordonnateur a un rôle d'alarme lors de chaque réunion CCG, lors de chaque renouvellement d'ordonnance, et en incitant les médecins libéraux à réaliser une « visite longue » (moment idéal pour confirmer ou non la prise de psychotropes).

Les personnels de l'équipe de soins comme les familles sont en demande de solutions alternatives ce qui implique d'aborder la gestion de ces troubles du comportement de façon nouvelle par le recours aux TNM.

- L'EHPAD Le Clos Saint Roch s'est engagé dans une démarche sur les TNMP ce qui témoigne de l'intérêt porté à cette pratique. Souhaitant apporter à cette démarche une aide de haut niveau la direction médicale a programmé son déploiement au sein des établissements du groupe AFP. Le projet a concerné dans un premier temps, en 2018, un tiers des établissements du groupe et un second tiers à compter de l'année 2019 dont la Résidence du Clos Saint Roch (sept étapes en deux ans maximum).

- Concept NUTRICULTURE.
- Atelier gymnastique (mis en place par France Alzheimer).
- Association « Corps et Âmes » (massages).

Circuit du médicament

L'établissement ne possède pas de pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation. Une convention avec l'officine dispensant les médicaments a été établie.

La sécurisation du circuit du médicament est primordiale au sein des établissements (1^{ère} priorité absolue érigée par notre Directeur médical). En effet, la iatrogénie médicamenteuse est responsable d'un taux important d'hospitalisations chez les sujets âgés. Le groupe via la direction médicale incite les établissements à passer des conventions avec des officines susceptibles d'offrir une PDA automatisée et à officialiser la notion de pharmacien référent, ce qui est le cas au Clos Saint Roch.

Une procédure cadre en 5 volets a été rédigée par la direction médicale. Elle comporte des recommandations générales et chaque étape du circuit est à décliner sous forme opérationnelle au sein de chaque établissement : prescription, dispensation-Préparation, détention, distribution-administration.

Un modèle de convention cadre EHPAD/Officine a été mis en place par la direction médicale et communiqué aux établissements. Il prend en compte l'ensemble des points qui doivent impérativement figurer sur un document de ce type et en particulier :

- Les responsabilités et engagements respectifs de chaque partie ;
- L'organisation globale du circuit du médicament dans ses aspects de dispensation.

Il se veut un élément clé de l'organisation du circuit du médicament dans l'établissement et du système documentaire qui s'y rattache. Le groupe AFP salarie une personne compétente, dédiée à la sécurisation du médicament, par un audit interne dans notre EHPAD.

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :	*L'établissement a passé convention avec la Pharmacie Centrale MANERA Michel : la PDA est automatisée

<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>*Lorsqu'un nouveau médecin intervient dans l'EHPAD, une formation à l'utilisation du logiciel est réalisée par l'IDEC, le Médecin Coordonnateur ou les IDE. En attendant qu'il soit opérationnel avec l'utilisation du logiciel, l'infirmière se rend disponible pour retranscrire sous la dictée du médecin traitant les traitements et informations.</p> <p>* Toute prescription est informatisée. Les médecins traitants établissent leurs ordonnances (modification, arrêt, renouvellement, prescription complémentaire) sur le logiciel TITAN grâce à un login personnel.</p> <p>*La transmission des prescriptions vers la pharmacie s'effectue directement à partir des données du logiciel Titan.</p> <p>*Les médicaments sont livrés le Mardi dans des sachets doses nominatifs pour une durée d'une semaine.</p> <p>*L'infirmierie est sécurisée par un digicode dont l'accès est réservé aux infirmières, au Médecin coordonnateur, à l'IDEC et quelques soignants.</p> <p>*Les médicaments sont rangés dans une armoire métallique, et dans les chariots de distribution, le tout fermant à clef.</p> <p>*Le coffre des stupéfiants lui-même sécurisé, se trouve dans cette armoire.</p> <p>*Les médicaments hors sachets (Collyres, Orodispersibles...) sont stockés dans des casiers en plastique individuels, identifiés au nom, prénom du résident, et situés en armoire aux médicaments. Seules les IDE ont les clés de ces armoires et chariots de distribution.</p> <p>*Les médicaments thermosensibles sont mis au réfrigérateur après avoir été identifiés. Une procédure de suivi de température et entretien du réfrigérateur existe. Elle est appliquée avec traçabilité.</p> <p>*L'administration des médicaments se vérifie, se réalise et se trace au « pied du lit</p>
---	---

	<p>» du résident grâce aux tablettes équipées du logiciel TITAN NOMADE.</p> <p>*Les RETEX de la gestion des erreurs médicamenteuses se fait à l'aide des fiches d'évènements indésirables et du cahier de liaison IDE/pharmacien.</p>
--	---

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Le Clos Saint Roch

Nom EHPAD : Le Clos Saint Roch				
Date d'effet de la convention : 1^{er} Novembre 2015				
Date de fin de la convention : 31 Décembre 2019				
Objectifs	Intitulé fiches action	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Objectif 1 Conduire une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	Action 1 : Organiser la gestion des évènements indésirables	Retours d'expérience organisés suite à la survenue d'évènements indésirables	R	
	Action 2 : Organiser la politique de prévention des risques	Réalisation de la cartographie des risques et du plan de gestion des risques	EC	- Sécurité des biens et des personnes : R - Enjeux de communication : R - Facteurs humains : EC - Enjeux sanitaires : EC
Objectif 2 Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	Action 1 : Personnaliser l'accompagnement	Trame du projet personnalisé et protocole d'élaboration et d'actualisation formalisés Réfèrent individuel nommé Fiches relatives aux habitudes et histoire de vie du résident mise en place	R R R	

	Action 2 : Soutenir les professionnels	Professionnels formés à la bientraitance Référént bientraitance désigné, formé et ayant un temps de travail consacré à la thématique Mise en place de réunion d'analyse des pratiques	R EC R	2 référents bientraitance formés et nommés. Pas de temps dédié à la thématique.
Objectif 3 Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Action 1 : Création d'une commission d'animation	Mise en place de réunions trimestrielles incluant la participation des familles et des résidents, en s'appuyant également sur les objectifs du PVI	NR	Réunions d'animation mensuelles (faites en s'appuyant sur les objectifs du PVI), n'incluant pas actuellement les familles et les résidents.
	Action 2 : Formation continue du personnel d'animation	Proposer des formations en rapport avec l'animation, la gestion et l'organisation des animations	R	- 4 salariés formés en 2017. - Formation accompagnement et animation proposée aux salariés. - L'animatrice est en cours de formation DEJEPS mention Animation Sociale avec spécialité Animation Socioéducatif ou Culturel.
Objectif 4 Déployer une démarche continue de la qualité	Action 1 : Mettre en place un management par la qualité	Volonté affichée par la direction de mettre en place la démarche qualité (lettre interne d'engagement de la direction, bulletin interne d'information, réunions institutionnelles ...) Plan d'amélioration de la qualité élaboré à partir des évaluations de la qualité, actualisé à échéance régulière et précisant les actions retenues de façon priorisées, la personne en	R R	- Réunions : dénutrition, chutes, kiné, IDE, staff, espace « parlons-en », espace

		charge du suivi, les délais de réalisation et les indicateurs pertinents de suivi (spécifiques, mesurables et atteignables) Outil de suivi des indicateurs de qualité et de performance	EC	« dialogique », APP et Nutriculture. Logiciel QUALITEVAL : en cours de réactualisation.
	Action 2 : Garantir la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)	Protocole de diffusion et modalités d'appropriation des RBPP définis	R	- Protocoles réactualisés chaque année pour certain. - Création éventuelle de nouveaux protocoles (Directeur médical).
Objectif 5 Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et de réalisation de prestations de qualité	Assurer des prestations de qualité pour les résidents, en relation avec les moyens accordés par les autorités de tutelles	Favoriser la collaboration et les échanges avec les services de l'ARS et du Conseil Départemental	R	
Objectif 6 Développer une politique de recrutement et de formation adaptée	Proposer au personnel un plan de formation adapté à nos objectifs de formation (bien-être, fin de vie, prise en charge de la douleur ...)	Référent formation et suivi	R	Formation en lien avec les demandes formulées lors des entretiens annuels et les besoins de l'établissement.
Objectif 7 Garantir la pertinence du projet de soins	Evaluer la mise en œuvre du projet de soins	Evaluation de la pertinence du projet de soins au regard du rapport d'activité médicale annuel	R	- RAMA - Dossier médical régulièrement complété.

Objectif 8 Personnaliser l'accompagnement (priorité régionale en lien avec la bientraitance)	Suivi du Projet de Vie Individualisé	Organiser des réunions PVI avec le personnel référent Participation et validation par le résident et sa famille	R EC	
Objectif 9 Mettre en place une politique de bon usage du médicament et de prévention de l'iatrogénie	Mobilisation du pharmacien, du médecin coordonnateur et de l'IDEC	Programme d'action défini : - Réalisation de l'autodiagnostic interdiag - Réévaluation pluriprofessionnelle annuelle des traitements des résidents ayant plus de 10 médicaments sur 3 mois - Retours d'expérience pluriprofessionnels - 100% DP ouverts (sous réserve du consentement du résident) Suivi de l'indicateur composite d'activité de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, de sécurisation du circuit et bon usage du médicament	R R R R R	- La politique du circuit du médicament est une priorité absolue pour le Directeur médical du groupe AFP. Il a nommé une référente qualité pour effectuer un audit interne du circuit du médicament de façon périodique dans chaque établissement du groupe. - Réunion de CCG. - Livret thérapeutique. - Accord résident/Pharmacie.
Objectif 10 Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique	Mobilisation, sensibilisation et formation du personnel soignant	Référent «Nutrition, prévention bucco-dentaire, alimentation et activité physique » nommé Pesée mensuelle et à chaque retour d'hospitalisation Suivi de la courbe des IMC (mensuelle)	R R R	- Concept Nutriculture. - Analyse mensuelle des courbes de poids, albuminémie, IMC. - Convention de Formation – Action hygiène bucco-dentaire avec un dentiste vacataire.
Objectif 11 Réduire le risque de chute et favoriser la	Repérer les sujets les plus à risque et	Sensibilisation et formation du personnel	R	- Bilan Ergothérapeute (Tinetti) effectué à l'entrée du résident.

remobilisation des personnes	réduire les facteurs de risque	Présence d'un temps de professionnel (psychomotricien)	R	- Analyse mensuelle de toutes les chutes en comité pluridisciplinaire. -Equipe de kinésithérapeute présente 5 jours/7.
Objectif 12 Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres (Angélique, Q95)	Mise en place d'un protocole de prévention et de prise en charge des escarres	Formation du personnel à l'évaluation du risque d'escarres (Angélique, Q95) Surveillance de la dénutrition Protocole de soins des escarres	R R R	- Un travail de prévention et de formation (Kiné / Ergo). - Concept Nutriculture : donner envie de manger, dépistage des handicaps, renutrition à 3 niveaux. - Si complications, nous avons un partenariat avec le service « Plaies et cicatrisation » du CH de Libourne.
Objectif 13 Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Réalisation de bilans odontologiques	Examen bucco-dentaire réalisé à l'entrée du résident et annuellement pour chaque résident Formation du personnel	R	Convention de Formation – Action hygiène bucco-dentaire avec un dentiste vacataire.
Objectif 14 Garantir la prise en charge de la douleur	Formation du personnel	Formation à l'outil MobiQual et aux instruments de quantification de la douleur Rédaction et utilisation de protocoles de prise en charge de la douleur	R R	Nomination d'une IDE référente douleur au sein de l'établissement.
Objectif 15 Assurer l'accompagnement de la fin de vie	Formation du personnel ainsi qu'information des familles et des résidents	Formation du personnel Protocole fin de vie Recueil des directives anticipées	R R EC	- Convention avec l'EMSP du CH Libourne. - Appel systématique de l'EMSP pour chaque fin de vie. - Notre désir : « laisser mourir » le résident dans sa chambre.

Objectif 16 La prévention du risque infectieux	Formation du personnel	Formation du personnel Elaboration et mise en place de protocoles	R R	2 ^{ème} priorité absolue du Directeur médical : formation présentielle du personnel, formation en ligne en 9 e-leçons, analyse du DARI annuelle.
Objectif 17 Organiser des partenariats permettant de fluidifier les parcours, par le biais de relations formalisées (conventions, GCSMS, MAIA ...)	Action 1 : Convention équipe mobile de géronto-psychiatrie	Echanges et partenariat	NR	- Convention de coopération avec le pôle Gériatrique du CH de Libourne. - Il faut développer une convention de partenariat avec une équipe mobile de géronto psychiatrie.
	Action 2 : Conventions avec des bénévoles	Planification de temps d'intervention encadré auprès des résidents	R	- 4 convention de bénévoles signées. - 3 conventions de bénévoles en cours de signature.
Objectif 18 Sensibilisation et information des familles	Action 1 : Mieux comprendre les différentes pathologies de la personne âgée	Organisation de réunions avec les familles	R	
	Action 2 : Implication des familles dans les différentes instances de l'EHPAD (CVS, CVSD, Evaluation Interne, commission d'animation et des menus)	Organisation de réunions avec les familles	R	
Objectif 19 Participer à « via trajectoire »	Participer au dispositif territorial de gestion des listes d'attente	Formation du personnel à l'utilisation de l'outil Assurer un suivi et une mise à jour régulière, dans l'objectif de fluidifier les parcours de soins des patients	R	

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?

- Travaux en cours pour la création d'une Unité de Vie Sécurisée. Nous sommes en cours d'aménagement/restructuration d'un espace sécurisé, au Rez de jardin, pour accueillir 8 de nos 66 résidents.
En effet, cette réalisation est devenue une nécessité en raison de l'augmentation des troubles du comportement et plus particulièrement les déambulations.
- 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) ?
 - A ce jour, des alternatives à l'hébergement permanent ne semblent pas envisageables pour le Clos Saint Roch.
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?
 - Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit ne sont pas en place dans l'établissement et également non-prévus.

5. ANNEXES

5.1 ANNEXE 1 : BILANS FINANCIERS 2017 & 2016

5.2 ANNEXE 2 : ABREGE ET SYNTHESE DU DERNIER RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N° 1-1	
Créer et développer de nouveaux réseaux de soins : Equipe Mobile de Gériatrie 24, Plateforme Territoriale d'Appui 24, MAIA 24, UHR, EMEPPA	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur, staff médical et paramédical</i>	
Constat du diagnostic	Augmentation de la dépendance et de l'entrée en institution de plus en plus tardif entraînent une complexité accrue de la prise en charge des résidents.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la prise en charge et l'accompagnement des résidents. - Créer et développer de nouveaux partenariats de soins.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer l'ensemble des directions d'établissement et/ou les responsables de service. - Etablir de nouvelles conventions de partenariat.
Identification des acteurs à mobiliser	Directeur, Médecin coordonnateur, IDEC et les responsables de service des établissements de santé.
Moyens nécessaires	Conventions existantes à réactualiser. Signer de nouvelles conventions avec de nouveaux réseaux de soins (Equipe Mobile de Gériatrie 24, Plateforme Territoriale 24, MAIA 24, UHR, EMEPPA). Réunions pour déterminer le nouveau contenu des conventions.
Calendrier prévisionnel	25% année N, 25% année N+1, 25% année N+2, 25% année N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiérarchisation par ordre d'urgence des partenariats à créer. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du recours à l'HAD (par rapport aux années précédentes). - Nombre de conventions créées et signées. - Nombre de conventions anciennes réactualisées. - Nombre de résidents ayant bénéficié des nouveaux partenariats. - Diminution du nombre de passages aux urgences (par rapport aux années précédentes).
Points de vigilance	NA
Bonnes pratiques à promouvoir	Optimiser la prise en soins et l'accompagnement des résidents en mobilisant les réseaux territoriaux du parcours de soins.

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2-1

Favoriser la politique de maintien à domicile des personnes âgées du territoire

Réfèrent (personne ou institution) : Direction d'établissement

Constat du diagnostic	Besoin des personnes âgées du territoire d'être maintenus à domicile en bénéficiant des services proposés par l'EHPAD.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Accroître le partenariat avec le CIAS du Pays Montpennais pour le portage de repas à domicile. - Accueillir à l'EHPAD les personnes âgées du territoire au moment des repas. - Accueillir à l'EHPAD les personnes âgées du territoire au moment des activités thérapeutiques. - Soutenir les aidants familiaux.
Description de l'action	Rencontrer les acteurs de la communauté de communes.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Plateforme Territoriale Appui. - Professionnels du soin libéraux.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions internes (CVS, CCG). - Réunions d'informations externes. - Supports d'informations et de communication.
Calendrier prévisionnel	Années N+1 à N+4.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'augmentation des repas servis à domicile. - Nombre de personnes âgées venant de l'extérieur et prenant des repas au Clos Saint Roch. - Nombre de personnes âgées venant de l'extérieur et participant aux activités thérapeutiques.
Points de vigilance	Image actuelle négative des EHPAD.
Bonnes pratiques à promouvoir	Répondre aux besoins des personnes âgées et des aidants familiaux en favorisant l'ouverture de l'EHPAD.

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2-2	
Systématiser l'utilisation de la Télé médecine	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur d'établissement, Staff médical et paramédical</i>	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Non équité de l'accès aux soins. - Délais d'attente très longs pour obtenir des consultations spécialisées. - Incompatibilité entre la fatigabilité des résidents et les déplacements. - Présence indispensable du psycho-gériatre pour appréhender le sens des troubles du comportement.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une fonctionnalité de télé médecine (téléconsultations et télé expertises). - Systématiser le DMP afin de sécuriser les informations des dossiers résidents.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer une IDE coordonnatrice pour choisir un matériel identique pour chaque EHPAD et former le personnel soignant. - Désigner les spécialités portées par la Télé médecine : Géroto-Psychiatrie avec le CH de Vauclaire à Montpon Ménéstérol, Dermatologie et Cardiologie avec le CH de Bergerac et de Périgueux. - Mettre en lien les acteurs concernés. - Proposer la Télé médecine à l'extérieur de l'EHPAD (bassin de population local). - Intégrer le DMP dans le dossier de tous les résidents.
Identification des acteurs à mobiliser	Directeurs d'établissements, médecins coordonnateurs, médecins spécialistes, médecins libéraux, personnels d'établissements.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - IDE chargée du déploiement opérationnel. - Mise à disposition d'outils numériques sécurisés auprès des acteurs (PAACO, DMP). - Réunions d'information. - Outils de communication.
Calendrier prévisionnel	Année N et tout au long 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"> - Systématisation du DMP. - Mise en service des outils numériques. <p><u>Indicateurs de résultat (impacts)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de création de DMP. - Nombre de téléconsultations. - Nombre de télé expertises. - Nombre de personnes venant de l'extérieur et consultées en télé médecine.
Points de vigilance	Présence du médecin et ponctualité des acteurs concernés.
Bonnes pratiques à promouvoir	Optimiser l'accompagnement en soins des usagers en sollicitant les ressources expertes grâce à la promotion de la Télé médecine.

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2-3 IDE de nuit en EHPAD	
<i>Référent (personne ou institution) : Comité de pilotage IDE de nuit</i>	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de présence médicale la nuit dans l'EHPAD. - Il en résulte un manque d'accompagnement pour les résidents et un manque de réassurance émanant de l'anxiété chez les familles et les soignants.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une permanence la nuit pour répondre aux besoins en soins des résidents. - Limiter l'anxiété des équipes de nuit. - Limiter les hospitalisations de nuit pour « l'urgence ressentie » des soignants. - Diminuer les séjours hospitaliers évitables en appliquant les prescriptions anticipées la nuit (fin de vie, douleurs, actes techniques). - Faciliter le retour en institution lorsque l'hospitalisation a été inévitable.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer « une grappe » avec un porteur de projet et 7 EHPAD. - Recruter deux IDE en garde postée 7j/7j de 22h00 à 7h00 assurant une astreinte téléphonique. - Respecter le périmètre géographique imposé (l'accès à la structure appelante n'excède pas 30 minutes en voiture). - Réaliser un livret d'accueil spécifique IDE de nuit pour chaque établissement. - Mettre en place une grille de suivi des appels et des interventions. - Constituer un chariot d'urgence identique pour chaque EHPAD.
Identification des acteurs à mobiliser	Directeurs d'établissements, Médecins coordonnateurs, les IDEC, les IDE de nuit, la Direction médicale et le Centre 15 Régulation Dordogne.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de deux IDE à temps plein + 0.25 ETP pour les remplacements. - Mise en place du livret d'accueil spécifique IDE de nuit. - Mise en place de la grille de suivi des appels et des interventions. - Mise en place du chariot d'urgence.
Calendrier prévisionnel	Durée expérimentale 2019-2021 (avec évaluation intermédiaire chaque année).
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'IDE impliqués dans le projet. <p><u>Indicateurs de résultat (impacts)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appels au 15 suite à l'intervention IDE. - Nombre d'hospitalisations de nuit. - Nombre d'hospitalisations évitées. - Nombre de retours nocturnes des urgences facilités par la présence d'IDE de nuit. - Diminution de l'anxiété ressentie des soignants et des familles (questionnaire).
Points de vigilance	Difficulté à combler le 0.25 ETP et les remplacements.
Bonnes pratiques à promouvoir	Optimiser l'accompagnement des résidents et des soignants la nuit.

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-1 Développer l'hygiène bucco-dentaire	
<i>Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur, Dentiste vacataire</i>	
Constat du diagnostic	Etat bucco-dentaire dégradé lors de l'entrée des résidents (édentements, prothèses non nettoyées, non portées, perdues..., infections dentaires).
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les soins bucco-dentaires pour diminuer le risque infectieux. - Prévenir le risque de dénutrition. - Améliorer l'estime de soi.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre systématique l'examen buccal à l'entrée du résident permettant de définir les soins à réaliser et de dépister les handicaps (troubles masticatoires et dysphagiques). - Adapter la texture alimentaire appropriée. - Diminuer le risque de fausse route. - Former le personnel à l'hygiène bucco-dentaire.
Identification des acteurs à mobiliser	Dentiste vacataire et soignants.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de partenariat avec un dentiste vacataire. - Mise à disposition du matériel nécessaire (fauteuil dentaire avec une installation prévue en année N et divers petit matériel spécifique). - Dossier médical dentaire individuel. - Cahier de transmissions soignants/dentiste. - Communication écrite entre le dentiste vacataire, les praticiens libéraux et hospitaliers.
Calendrier prévisionnel	Mise en œuvre dès la première année du CPOM et de façon continue.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création du dossier bucco-dentaire. - Installation du fauteuil dentaire. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents traités. - Nombre de personnes bénéficiant de textures alimentaires modifiées. - Pourcentage de soignants formés à l'hygiène bucco-dentaire.
Points de vigilance	Ressources financières des résidents.
Bonnes pratiques à promouvoir	Améliorer l'hygiène bucco-dentaire, diminuer le risque de dénutrition et augmenter l'estime de soi.

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-2

Améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique

Référent (personne ou institution) : Staff médical et paramédical

Constat du diagnostic	Tous les résidents entrant dans notre EHPAD sont au moins à risque de dénutrition (MNA).
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Donner envie de manger. - Limiter l'iatro-énie médicamenteuse. - Développer l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires. - Promouvoir le « manger-mains ».
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - S'approprier la procédure cadre écrite identifiant les facteurs de risque de dénutrition (mauvaise hygiène bucco-dentaire et les troubles de la déglutition). - Analyser les données recueillies à l'aide des outils de mesures existants. - Adapter et améliorer les modes alimentaires et les textures. - Sensibiliser les personnels au repérage du risque de dénutrition. - Communiquer autour du projet « manger-mains ».
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin Coordonnateur, IDEC, Soignants, Dentiste, Ergothérapeute, Psychologue, personnel de restauration Educateur d'Activité Physique Adaptée.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Application de NUTRICULTURE : attentes, besoins et droits. - Repérage des handicaps (c'est-à-dire troubles de la mastication, dysphagies, troubles sensoriels, troubles moteurs). - Evaluation de l'état bucco-dentaire avec bilan d'entrée systématique. - Adaptation des textures alimentaires. - Adaptation de l'alimentation à l'état bucco-dentaire et au comportement (Finger Food). - Amélioration des équipements et matériel de cuisine, agrandissement et réaménagement de la salle restaurant. - Sensibilisation et formation des équipes pour harmoniser les pratiques. - Accès de tous à une base documentaire en ligne, régulièrement enrichie. - PVI.
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM dès l'année N.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p>Indicateurs de mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents bénéficiant de re-nutrition. - Nombre de formations des cuisiniers et des soignants. <p>Indicateurs de résultat (impact)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents dénutris amélioré (MNA et albuminémie). - Nombre de résidents bénéficiant du « manger-mains ».
Points de vigilance	Difficultés d'application du concept NUTRICULTURE par le personnel.
Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Favoriser la qualité de vie des résidents.</p> <p>Mobiliser les capacités restantes des résidents lors des repas.</p>

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-3	
Prévenir et prendre en compte le risque infectieux	
<i>Référent (personne ou institution) : Staff médical et paramédical</i>	
Constat du diagnostic	Le grand âge de nos résidents poly pathologiques impose des actions afin de prévenir les infections associés aux soins.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Prévenir et réduire le risque infectieux.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel via un module e-learning. - Promouvoir la base documentaire sur les bonnes pratiques d'hygiène et le risque infectieux (Existence de procédures et de protocoles sur l'hygiène et le risque infectieux). - Prendre en compte les résultats du DARI annuel. - Améliorer la stratégie vaccinale au sein de l'EHPAD (pour les résidents et le personnel). - Assurer une bonne gestion des BMR. - Assurer une utilisation rationnelle de l'antibiothérapie (Protocole d'utilisation des antibiotiques en EHPAD (antibiothérapie probabiliste)).
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel, des médecins libéraux, des familles et des résidents.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et formation des équipes à la gravité des épidémies. - Communication aux résidents et aux familles. - Convention avec une EOH (Equipe opérationnelle d'hygiène) pour venir en aide aux établissements (conseil et gestion de crise). - Mise en place d'un plan d'actions suite à l'analyse annuelle du DARI et du GREPHH. - Mise en place d'un plan d'actions suite à la visite de l'Infirmière Coordinatrice en Soins. - Financement d'équipements de protections jetables (masques, tabliers, ...). - Pérennisation du financement des vaccinations du personnel.
Calendrier prévisionnel	Durée du CPOM dès l'année N.
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 résidents vaccinés contre la grippe/le pneumocoque. - Nombre de personnels de l'EHPAD vaccinés contre la grippe. - Amélioration des indicateurs figurant dans le DARI. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'épidémies, de BMR et d'AES. - Nombre d'antibiotiques probabilistes (Augmentin, Quinolone). - Nombre de formations suivies par le personnel via e-learning.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Réticence des résidents et du personnel à la vaccination. - Maitrise très difficile des visiteurs infectés.
Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des différentes « mesures barrières ». - Respect des bonnes pratiques de l'antibiothérapie.

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-4	
Réduire le risque de chute	
Réfèrent (personne ou institution) : Staff médical et paramédical	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - La chute est le motif principal d'entrée en EHPAD. - Les chutes et les traumatismes liées aux chutes sont plus fréquents en EHPAD que dans le reste de la population.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer le risque de chutes et prendre en charge les sujets à haut risques. - Limiter les facteurs de risques de la chute en agissant sur : les troubles de l'équilibre, les troubles de la marche, la faiblesse musculaire, les troubles cognitifs, la dépression, la dénutrition, le bon usage des médicaments et l'environnement.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel aux risques de chutes (motivation et adhésion sont nécessaires). - Mobiliser toutes les compétences indispensables à la prise en charge des chutes.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin coordonnateur, ergothérapeute, kinésithérapeute et l'ensemble de l'équipe paramédicale. - Educateur d'APA (1heure par semaine).
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - EGS : Tinetti, MNA, GDS. - Analyse mensuelle des chutes (protocole interne). - Formation du personnel. - Analyse de l'environnement. - Développement de l'activité physique.
Calendrier prévisionnel	N, N+1 ; N+2, N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'ateliers d'activité physique. - Adaptation de l'environnement. - UVP (sécurisation de la déambulation). <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations du personnel. - Taux de résidents ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique. - Nombre de chutes annuelles ayant entraîné une hospitalisation.
Points de vigilance	Difficulté à analyser la chute car elle est multifactorielle.
Bonnes pratiques à promouvoir	Maintenir l'autonomie restante des personnes âgées.

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-5 Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse	
Réfèrent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur, médecins traitants, IDE	
Constat du diagnostic	L'avancée en âge et la polypathologie imposent une polymédicalisation avec son corollaire : nombreuses prescriptions de psychotropes, nombreuses hospitalisations liées aux effets secondaires des traitements.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux prescrire pour mieux prévenir. - Réévaluation régulièrement l'indication des prescriptions.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les médecins traitants aux risques d'iatrogénie médicamenteuse. - Sensibiliser et former le personnel aux TNM.
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur, Pharmacien référent, médecins traitants, IDE.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Logiciel Titan et son potentiel. - Livret thérapeutique. - Commission de coordination gériatrique (concept AMI). - Calendrier pour « visites longues ». - Analyse du circuit du médicament (ANAP/OMEDIT). - Formations aux TNM. - UVS.
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - UVP. - TNMP. - Visite de conformité par notre Infirmière Coordinatrice des Soins et avancement du plan d'actions. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations. - Indicateurs ANAP/OMEDIT (scores des 7 axes) sur la durée du CPOM. - Nombre d'évènements indésirables secondaires aux prescriptions médicamenteuses. - Taux de résidents sous neuroleptiques. - Taux de résidents ayant un traitement continu par voie orale ≥ 6 spécialités médicamenteuses.
Points de vigilance	Le médecin coordonnateur ne peut donner que « l'alerte » car il n'a pas la maîtrise des ordonnances.
Bonnes pratiques à promouvoir	Optimiser la prescription médicamenteuse chez la personne âgée polypathologique et polymédiquée.

AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3-6 Prévenir et prendre en charge les troubles sensoriels	
<i>Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur et la référente</i>	
Constat du diagnostic	Les déficiences sensorielles sont responsables chez la personne âgée de perte d'autonomie, de dépression, de chutes. Elles sont souvent ignorées et délaissées par les professionnels alors qu'elles justifient la mise en œuvre d'un savoir-être et d'un savoir-faire bien précis.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer précocement les déficiences sensorielles (visuelles et auditives) afin de limiter les risques d'isolement, de dépression, de dénutrition et de créer un environnement favorable. - Retarder les effets du vieillissement (troubles de la mémoire, perte de poids, perte d'autonomie). - Améliorer la qualité de vie.
Description de l'action	Appliquer notre « référentiel » dès l'entrée du résident.
Identification des acteurs à mobiliser	Référente « Troubles sensoriels », Médecin coordonnateur, les soignants, l'animatrice, l'ergothérapeute, le technicien de maintenance et les différents spécialistes.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Formations du personnel. - Notre « référentiel » (test « AVEC » : Audition, Vision, Equilibre, Cognition). - Partenariat avec l'audioprothésiste et opticien. - Adaptation de l'environnement du résident déficient sensoriel.
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement et matériel adapté. - Deux partenariats indispensables. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de tests « AVEC » réalisés. - Nombre de formations.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à adapter l'environnement du déficient sensoriel. - Difficulté à accéder aux soins extérieurs pour le déficient sensoriel.
Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux prendre en compte la fragilité des personnes déficientes sensorielles. - Améliorer l'autonomie et la qualité de vie des personnes déficientes sensorielles. - Acquérir le savoir-être adapté à la prise en soins des personnes déficientes sensorielles.

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N° 4-1 Développer les Thérapies Non Médicamenteuses Personnalisées (TNMP)	
Réfèrent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur, Psychologue, IDEC et soignants	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Dans notre établissement, 85% des résidents présentent une démence, dont 50 % ont des troubles du comportement. - Manque de réflexion sur les troubles du comportement et recours trop fréquent aux contentions. - 25% des ordonnances contiennent des psychotropes. - Epuisement des soignants par manque de formation. - Les familles ont un manque de connaissances des maladies neurodégénératives et un manque de compréhension des troubles du comportement.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer aux résidents souffrant de maladie neurodégénérative un projet de soins adapté. - Permettre de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement. - Restaurer l'estime de soi et améliorer le bien-être. - Former et informer les familles sur les maladies neurodégénératives et les troubles du comportement pour changer leur regard et leur permettre de mieux communiquer avec leurs aînés.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre efficace la TNM en prenant en compte la dimension individuelle = TNMP. - Donner un sens aux troubles du comportement et aux symptômes sous-jacents par un travail en interdisciplinarité (COPIL).
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, IDEC, aides-soignantes.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un comité de pilotage. - Formations du personnel. - PVI exhaustif. - UVP. - Partenariats (France Alzheimer, Corps et Âmes). - Environnement adapté (jardin thérapeutique, matériel divers).
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations. - PVI. - Entretiens individuels avec les familles. - Réunions d'information des familles. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions du COPIL. - Nombre de formations. - Baisse des contentions physiques. - Nombre d'entretiens et de réunions avec les familles.
Points de vigilance	Développer un PVI optimal pour mettre en place les actions non médicamenteuses les plus pertinentes pour les résidents ayant des troubles du comportement.
Bonnes pratiques à promouvoir	Meilleur accompagnement des résidents fragiles.

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N° 4-2	
Poursuite des efforts engagés pour prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur, Médecin coordonnateur et IDEC	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une priorité nationale. - Les soignants peuvent être maltraitants par manque de formation.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le déploiement de la bientraitance et son impact positif. - Améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Signaler les actes de maltraitance. - Mettre en œuvre de formations sur la démarche de bientraitance. - Systématiser et actualiser les PVI. - Intégrer et associer les familles à l'accompagnement individuel du résident. - Systématiser les directives anticipées. - Utiliser les ressources du territoire.
Identification des acteurs à mobiliser	Toute l'équipe, les résidents, les familles, les partenaires, les représentants légaux, l'entourage ...
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des PVI. - Formation du personnel. - Analyse des pratiques professionnelles. - Evénements indésirables à cibler. - Enquêtes (résidents, familles, soignants).
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implication des deux référents bientraitance. - Recueil des événements indésirables. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations. - Nombre de PVI réactualisés. - Nombre de signalements effectués aux autorités de tutelles dans l'année en terme d'événements indésirables liés à la maltraitance. - Nombre de « Fiches Questionnaires Maltraitance » (soignants, institution et résidents).
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Répétition et multiplication des formations. - Réactualisation des PVI. - Réflexion permanente.
Bonnes pratiques à promouvoir	Etablir ou consolider une relation de confiance entre professionnels et usagers.

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N° 4-3 Création d'une Unité de Vie Protégée	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur, médecin coordonnateur, IDEC, psychologue	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre croissant de résidents présentant des troubles cognitifs et mettant en danger leur sécurité. - Nombre croissant de résidents présentant des troubles cognitifs et occasionnant une gêne pour les autres résidents. - Epuisement des soignants.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les maladies neurodégénératives. - Prendre en charge spécifiquement certains troubles psycho-comportementaux dans le but de maintenir leur besoin de vivre librement dans un milieu contenant. - Préserver les capacités restantes.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'environnement en créant une capacité d'accueil de 8 résidents avec 8 chambres, des espaces communs (salon, salle à manger, cuisine, sanitaires et couloirs de déambulation). - Créer un jardin thérapeutique. - Développer des critères spécifiques d'entrée et de sortie. - Former spécifiquement le personnel. - Impliquer les familles. - Réactualiser le projet d'établissement.
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur, psychologue, IDEC, IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, ASG, AS.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Formation spécifique. - Réunions d'équipe. - PVI. - NPI. - Equipe mobile de psychogériatrie. - Télémédecine.
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formations spécifiques. - Création du jardin thérapeutique. - Partenariat avec l'équipe mobile de psychogériatrie. - Mise en place de groupes de travail. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de personnel formé au plan de formation spécifique UVP. - Nombre d'interventions de l'équipe mobile psychogériatrique par rapport aux besoins identifiés. - Amélioration du score au NPI-ES (par rapport au NPI-ES d'entrée). - Nombre de consultations de télémédecine.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation régulière des critères d'entrée et de sortie. - Prévention de l'épuisement du personnel.
Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité de vie de la personne démente et lui permettre de vivre plus librement en sécurité et au contact des autres. - L'UVP est complémentaire aux thérapies non médicamenteuses personnalisées. - Prévenir l'épuisement professionnel.

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N° 5-1 Accroître les compétences des professionnels	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur, médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	Le manque de spécificités gériatriques est notable dans chaque corps de métiers (médecins, IDE, cuisiniers etc...).
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer une politique de formation adaptée en mutualisant les moyens.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualiser les moyens de formations du personnel de l'AFP. - Mettre en adéquation les postes avec les qualifications. - Assurer un niveau de couverture optimal des postes pour garantir une bonne prise en charge et la permanence des soins. - Mettre en place des équipes d'APP.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel de l'établissement.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Les formations gériatriques. - Organisme de formation ACTEMOS et E-Learning. - Prestation de recrutement et d'intérim dans le cadre des moyens alloués.
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3, N+4.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de formations annuel <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations réalisées
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Echelonnement des départs en formation afin d'assurer une continuité de la qualité des services apportés aux résidents. - La localisation géographique peut représenter un frein. - Conciliation vie professionnelle et vie privée pour organiser les départs en formation.
Bonnes pratiques à promouvoir	Incitation et promotion des programmes de formation.

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N° 5-2 Améliorer les conditions de travail	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur, médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - L'épuisement des soignants. - L'organisation du travail ne semble plus adaptée car elle est moins performante.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Donner du « sens » à son travail. - Optimiser l'organisation du travail.
Description de l'action	Rechercher les besoins et attentes des soignants et des résidents.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel de l'établissement.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de groupes de travail. - Mise en place des Analyses de Pratiques. - Matériel adapté pour éviter les TMS. - Lieu de détente où de repos dédiés.
Calendrier prévisionnel	N, N+1, N+2, N+3, N+4.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Achat de matériel adapté (manutention). - Création d'un lieu de repos dédié au personnel. <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme. - Enquête de satisfaction des salariés. - Nombre de formations. - Nombre d'APP.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> - Architecture existante très contraignante. - Turn Over du personnel (organisation du travail fréquemment adaptée).
Bonnes pratiques à promouvoir	Qualité de Vie au Travail.

Récapitulatif Fiches Action

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION	Fiche Action n° 1.1	Améliorer le parcours de soins en renforçant les conventions de partenariat avec les différents établissements et professionnels de santé de notre territoire.
	Fiche Action n° 1.2	Créer et développer de nouveaux réseaux de soins : Equipe Mobile de Gériatrie 24, Plateforme Territoriale d'Appui 24, MAIA 24, UHR.
AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION	Fiche Action n° 2.1	Favoriser la politique de maintien à domicile des personnes âgées du territoire.
	Fiche Action n° 2.2	Systématiser l'utilisation de la Télémedecine.
	Fiche Action n° 2.3	IDÉ de nuit en EHPAD.
AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS	Fiche Action n° 3.1	Développer l'hygiène bucco-dentaire.
	Fiche Action n° 3.2	Améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique.
	Fiche Action n° 3.3	Prévenir et prendre en compte le risque infectieux.
	Fiche Action n° 3.4	Réduire le risque de chute.
	Fiche Action n° 3.5	Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse.
	Fiche Action n° 3.6	Prévenir et prendre en charge les troubles sensoriels.
AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	Fiche Action n° 4.1	Développer les Thérapies Non Médicamenteuses Personnalisées (TNMP).
	Fiche Action n° 4.2	Poursuite des efforts engagés pour prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance.
	Fiche Action n° 4.3	Création d'une Unité de Vie Protégée.
	Fiche Action n° 4.4	Le manger mains.
AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE	Fiche Action n° 5.1	Accroître les compétences des professionnels.
	Fiche Action n° 5.2	Améliorer les conditions de travail.

	OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
				Calendrier					
				N	N+1	N+2	N+3	N+4	
AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION	Fiche Action n° 1.1 : Améliorer le parcours de soins en renforçant les conventions de partenariat avec les différents établissements et professionnels de santé de notre territoire	Hierarchisation par ordre d'urgence les conventions à réactualiser	-	100%					
		Nombre de conventions réactualisées et signées	100%	25%	25%	25%	25%		
		Nombre de résidents hospitalisés sans passage aux urgences	↘						
	Fiche Action n° 1.2 : Créer et développer de nouveaux réseaux de soins : Equipe Mobile de Gériatrie 24, Plateforme Territoriale d'Appel 24, MAIA 24, UHR	Hierarchisation par ordre d'urgence des partenariats à créer	-						
Nombre de conventions créées et signées		↗	1	1	1	1	1	Souhait de créer une nouvelle convention chaque année	
Nombre de résidents ayant bénéficié des nouveaux partenariats		-							
AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION	Fiche Action n° 2.1 : Favoriser la politique de maintien à domicile des personnes âgées du territoire	Création d'outils de communication	↗						Evaluer chaque année la pertinence des outils de communication
		Taux d'augmentation des repas servis à domicile	↗						Bilan annuel des repas servis à domicile par rapport à N-1
		Nombre de personnes âgées venant de l'extérieur et prenant des repas au Clos Saint Roch	↗						Bilan annuel des repas servis au Clos Saint Roch
		Nombre de personnes âgées venant de l'extérieur et participant aux activités thérapeutiques	↗						Bilan annuel de l'animatrice
	Fiche Action n° 2.2 : Systémiser l'utilisation de la Télémedecine	Taux de création de DMP	100%	50%	25%	25%			Création au fil des entrées des résidents
		Nombre de téléconsultations	↗						
		Nombre de télé expertises	↗						
	Fiche Action n° 2.3 : IDE de nuit en EHPAD	Nombre d'appels au 15 suite à l'intervention de l'IDE	-						Bilan annuel "COPII IDE de nuit"
		Nombre d'hospitalisations de nuit	-						Bilan annuel "COPII IDE de nuit"
		Nombre d'hospitalisations évitées	-						Bilan annuel "COPII IDE de nuit"
AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS	Fiche Action n° 3.1 : Développer l'hygiène bucco-dentaire	Création du dossier bucco-dentaire	100%	25%	25%	25%	25%		Création au fil des entrées des résidents
		Installation du fauteuil dentaire	Mise en place dès l'année N						
		Nombre de résidents traités	-						Bilan annuel du dentiste vacataire
		Pourcentage de soignants formés à l'hygiène bucco-dentaire	100%	25%	25%	25%	25%		
	Fiche Action n° 3.2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique	Taux de résidents bénéficiant de re-nutrition	-						
		Nombre de formations des soignants	100%	25%	25%	25%	25%		
		Taux de résidents dénutris améliorés	100%						
	Fiche Action n° 3.3 : Prévenir et prendre en compte le risque infectieux	Nombre de résidents vaccinés contre la grippe/le pneumocoque	100%						Bilan RAMA
		Nombre de formations suivies par le personnel via e-learning	100%	25%	25%	25%	25%		
		Nombre d'épidémies, de BMR et d'AES	-						
		Amélioration des indicateurs figurant dans le DARI	-						Realisation annuelle du DARI
	Fiche Action n° 3.4 : Réduire le risque de chutes	Nombre de formations du personnel	100% des soignants						
		Taux de résidents ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique	-						Bilan RAMA
		Nombre de chutes annuelles ayant entraîné une hospitalisation	-						Bilan RAMA
	Fiche Action n° 3.5 : Prévenir l'atrogénie médicamenteuse	Nombre d'événements indésirables secondaires aux prescriptions médicamenteuses	-						
Taux de résidents sous neuroleptiques		↘	<20						
Taux de résidents ayant un traitement continu par voie orale ≥ 6 spécialités médicamenteuses		↘	0.0%						
Fiche Action n° 3.6 : Prévenir et prendre en charge les troubles sensoriels	Environnement et matériel adapté	-						Programmer les investissements nécessaires annuellement dans les budgets prévisionnels	
	Nombre de tests "AVEC" réalisés	100%						Au fil des entrées des résidents	

		Nombre de formations	2020 de l'ensemble du territoire	20%	20%	20%	20%	20%	
AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT	Plan Action n°1 Développer les pratiques non traditionnelles de l'accompagnement (PACT)	Nombre de réunions de COPIL							
		Nombre des commissions thématiques et techniques							
		Formations	100% des stagiaires	20%	20%	20%	20%	20%	
	Plan Action n°2 Mettre les efforts, dirigés pour prévenir la maltraitance et améliorer la bientraitance	Nombre de signalements effectués aux autorités de tutelle dans l'année au titre de l'accompagnement individualisé ou à la demande							
		Nombre de "Mises à disposition Multidimensionnelles" (suivi, évaluation et évaluation)	2 fois / an						
		Nombre de PR réalisées	100%						
		Nombre de formations	100%						Assurer un effectif de 50% minimum de prescripteurs formés
	Plan Action n°3 Mettre à jour l'état de l'art	Etat de l'état de l'art de l'art			100%				
		Evolution de l'état de l'art							Assurer le suivi de l'état de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art
		Nombre de formations réalisées	100% ou attendre l'état de l'art						
Plan Action n°4 Le manager manager	Formations spécifiques pour les managers	100% des stagiaires	50%	50%					
	Nombre de recherches réalisées de "manager manager"								
AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE	Plan Action n°1 Mettre les compétences et les professionnels	Etat de l'accompagnement						Assurer l'état de l'art de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art	
		Nombre de formations réalisées							Etat de l'art
	Plan Action n°2 Mettre les compétences de l'art	Etat de l'accompagnement (professionnel)							Assurer l'état de l'art de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art
		Nombre de formations réalisées de l'art				100%			Assurer l'état de l'art de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art
		Etat de l'accompagnement							Assurer l'état de l'art de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art
Plan Action n°3 Mettre les compétences de l'art	Nombre de formations							Assurer l'état de l'art de l'art et assurer l'impact de l'état de l'art	

ANNEXE 2

Abrégé et synthèse du
dernier rapport
d'évaluation externe

4.4 SYNTHÈSE DE L'ANESM



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

MODELE DE SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION EXTERNE

*(3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10
du code de l'action sociale et des familles)*

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement ou du service, en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS :

- **Période de réalisation de l'évaluation interne** : il a été présenté un diaporama en janvier 2012 lors d'une réunion du personnel, l'information du CVS a été réalisée en février 2012, et le rapport d'EI a été envoyé le 18 décembre 2013 au siège de l'AFP pour validation et à l'ARS le 23 décembre 2013.
- **Implication du personnel** : Le personnel a été intégré sur chaque phase de travail. Les groupes formés étaient composés en pluridisciplinarité.
- **Implication des familles et personnes accueillies** : la sollicitation des familles et usagers a été recherchée. Mais aucun n'a souhaité participer aux groupes de travail. La direction s'interroge sur la méthode utilisée (information du CVS) qui n'a pas donné de résultat.
- **Enquête satisfaction** : une enquête de satisfaction a été réalisée elle a permis de réaliser des fiches actions. Par exemple, la fiche action sur l'amélioration de l'accueil du résident ou la mise en œuvre de groupes de paroles émanant de l'enquête de satisfaction.
- **Groupe de parole** : il n'y a pas eu de groupes de paroles, mais création de 5 groupes de travail constitués pour les axes 3 à 8. Ces groupes étaient composés d'une infirmière en tant que chef de groupe, de deux à trois Aides-Soignantes et deux à trois Agents de Service Hôteliers. Le technicien de maintenance et l'animatrice ont été rattachés au groupe dans lequel les critères avaient trait à leur métier. Le personnel administratif s'est occupé de réaliser les cotations des axes 1 et 2. Le médecin coordonnateur a travaillé aux différents groupes de travail. Les réunions ont été formalisées avec ordre du jour et émargements. (Au total ce sont 22 salariés qui ont participé aux groupes de travail.
- **Les personnes ont été sensibilisées** : l'ensemble des salariés a été informé par les réunions mensuelles du personnel, les résidents et familles l'ont été par les CVS.

La méthodologie employée pour réaliser l'EI a permis une grande implication du personnel. Les groupes de travail ont permis une évaluation au plus près de la pratique. La participation des résidents et des familles a été recherchée sans efficacité. Lors de la prochaine EI la direction doit s'interroger sur la manière d'amener les résidents et leurs familles à participer aux différents groupes de travail.

- **Résultats et axes d'amélioration mis en œuvre** : le plan d'action réalisé intègre outre les actions émanant de l'EI, mais aussi celles émanant du projet d'établissement et celles de la convention tripartite en cours.
- **Modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité et effets observés** : le pilote est le directeur de l'EHPAD, les copilotes seront en charge du suivi avec les personnes ressources (correspondent aux personnes investies dans les groupes de travail). L'EHPAD a intégré les actions de l'EI dans un outil de pilotage pertinent. Il a créé un plan d'actions général regroupant tous les objectifs et actions à réaliser émanant du Projet d'établissement, de la convention tripartite et de l'EI. L'EI ayant été validée en décembre 2013 l'EHPAD a eu peu de temps pour mettre en œuvre son plan d'action cependant en fonction des actions à réaliser le taux de réalisation varie de 0 à 80%. (80% considérant la formalisation de la trame des Projets personnalisés, 30% s'agissant de la formalisation des fiches de postes ; 0% s'agissant de la mise à jour 2013 des Projets personnalisés.

2. Les modalités de prise en compte par l'ESSMS des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM.

Les principes de la bientraitance sont pris en compte dans l'accompagnement au quotidien des personnes. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée et connue. Les soins dispensés et les réflexions menées se font dans le respect de la réglementation. L'établissement gagnerait à diffuser les recommandations de l'ANESM auprès des professionnels afin que chacun puisse se les approprier et s'y référer.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le Projet d'Etablissement/ le Projet de Service :

- **Actualisation** : le premier projet d'établissement a été réalisé en 2002 lors du passage de l'établissement de résidence pour personnes âgées à EHPAD. Il a été réécrit le 16 décembre 2012, puis révisé le 1^{er} décembre 2013.
- **Pertinence au regard des missions de l'ESSMS** : l'EHPAD le Clos Saint Roch a révisé son projet d'établissement en décembre 2013. Pour cela, il a été à l'écoute des besoins et attentes des résidents. Sa diffusion et communication sont organisées. Le projet d'établissement répond aux objectifs du schéma départemental. La méthodologie employée garantit une transparence dans le fonctionnement de l'EHPAD.
- **Déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions** : les objectifs du projet d'établissement et les buts poursuivis ont été travaillés en toute cohérence. Malgré l'attente de renégociation de sa CTP l'établissement progresse dans sa démarche et sa volonté d'améliorer ses services. Les objectifs du PE sont associés aux objectifs de l'Evaluation Interne au sein d'un même document.

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles mobilisées, et celles de son territoire d'intervention :

L'EHPAD dispose des moyens nécessaires à l'accompagnement des personnes âgées accueillies. Le pilotage des actions est facilité par la mise en œuvre d'un plan d'action global.

- **Moyens humains** : l'établissement aurait souhaité ouvrir la renégociation de sa CTP, celle-ci ne le sera qu'en 2015. Aujourd'hui par rapport à ses projets et pour accompagner au mieux les résidents la direction aimerait renégocier sa CTP afin d'obtenir (à ses dires) les moyens d'embaucher le temps d'ergothérapeute qui y est prévu. De plus, la résidence aurait aimé l'attribution de postes AS et ASH supplémentaires, sous forme d'avenant à la Convention Tripartite en attendant son renouvellement.
- **Moyens financiers** : sur délégation du Président et sous l'autorité du Directeur Général, le directeur gère la résidence dans le respect des coûts et objectifs fixés par le siège, manage et encadre les équipes, met en œuvre la politique de communication de la résidence, supervise et contrôle les achats, met en place les relations avec la clientèle, les prescripteurs, les administrations et responsables locaux, les tutelles.
- **Moyens matériels** : il n'y a pas d'espace spécifique pour accueillir des résidents présentant entre autres des troubles cognitifs. La résidence dispose de 1 verticalisateurs et de 5 lève-malades. S'agissant de l'utilisation de ces matériels, les décisions sont prises en équipe. Le personnel a été formé à leur maniement.
- **Ressources externes** : les kinésithérapeutes servent d'appui pour évaluer les possibilités de mobilisations, car il n'y a plus d'ergothérapeute. L'établissement rémunère les participants libéraux pour favoriser leurs présences au sein des réunions de coordination gériatrique.
- **Démarche qualité ou organisationnelle** : la démarche qualité a été mise en place par l'EI, il existe une synthèse de tous les points d'amélioration sur un plan d'action global visualisé lors de l'évaluation externe.

5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) : l'EHPAD Le Clos Saint Roch est acteur dans l'adaptation des personnels à un environnement changeant.

- le personnel est sensibilisé et formé aux changements d'organisation et d'accompagnements. Il a été organisé au sein de l'EHPAD des groupes de travail et des formations sur :
 - distribution des médicaments,
 - décoration au sein de l'EHPAD,
 - les nouvelles techniques de nettoyage (accompagné par PHS) fin novembre 2013,
 - formation SSI,
 - formation société DEF pour habilitation de niveau II pour le personnel de nuit et technicien de maintenance,
 - formation bienveillance qui a eu lieu sur la résidence (6 salariés formés en 2008, six en 2011, un en 2012 (cf. fiche action de l'EI « formation de tous les salariés à la bienveillance »)
 - l'équipe des soins palliatifs du CH de Libourne a dispensé une formation pour la résidence.
 - En 2013 une salariée a été formée sur la maladie d'Alzheimer.

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences :

- **Accompagnement des professionnels dans leur prise de poste** : il existe un support du siège social pour accompagner les prises de postes « mais pas suffisant, car les recrutements sont souvent réalisés dans l'urgence ». Pour les recrutements en CDI ou long CDD pour les AS il est prévu deux ou trois jours en doublure. L'établissement en partenariat avec le pôle emploi réalise des Evaluations en Milieu de Travail (EMT). Pour les remplacements l'EHPAD dispose d'un vivier de personnes qui reviennent régulièrement l'EHPAD. Le livret d'accueil du nouveau salarié existe au sein de l'établissement, mais n'est pas utilisé par l'établissement. Les Entretiens annuels d'évaluation (EAI) sont réalisés par l'IDEC ou le directeur. Les EAI sont incorporés aux dossiers des salariés. Ils sont réalisés grâce à une trame AFP. Ce document est signé à la suite de l'EAI par le salarié et l'évaluateur.
- **Organisation des échanges d'information** : des réunions du personnel ont lieu tous les mois durant 2 heures le jeudi de préférence, car le médecin coordonnateur est alors présent. Ces réunions sont réalisées et suivent un ordre du jour qui est affiché ainsi que le CR. La date de la prochaine réunion est signifiée sur le CR. Une réunion de chefs d'équipes, de l'IDEC, des IDE avec une secrétaire de séance est réalisée la semaine d'avant et nourrit l'ODJ.
- **Méthode de travail** : il y a une réunion de transmissions tous les jours à 14h00, avec tout le personnel présent. Le matin à 7h00 une transmission est réalisée entre l'AS de nuit et les AS et IDE du matin et les ASH présentes. le soir de 20h45 à 21h00 est prévu un temps de transmissions entre les deux AS finissant et l'ASH et l'AS de nuit. Les transmissions sont tracées dans le logiciel TITAN.
- **Modalités de formation des professionnels, d'actualisation et de consolidation des compétences** : la GPEC est gérée par le siège, le clos St Roch a été sollicité par le siège en juin 2011 pour analyser deux métiers : les IDE et le technicien de maintenance. Il existe au sein de l'AFP : un volet emploi des séniors traitant de la pénibilité au travail pour les plus de 50 ans, ce qui permet au siège de proposer des formations.
- **Lien avec les objectifs opérationnels du projet d'établissement** : le projet d'établissement met en avant le « savoir-faire de l'individuel dans le collectif ».

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines :

- **Dispositif de gestion des crises** : il y a un classeur de protocole AFP de gestion de crise au sein de l'EHPAD.
- **Gestion des risques psychosociaux** : Par l'intermédiaire de l'AFP et du CHSCT, les salariés ont accès à un centre d'écoute PSYA. Les salariés sont au courant par affichage dans la salle de transmissions.

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant :

- **De caractériser le profil de la population accompagnée** : au vu du rapport d'activité, les résidents entrent dans l'établissement de plus en plus âgés et en étant plus dépendants. L'établissement est obligé de repenser les animations. Par exemple : pour les animations extérieures (ramasser des châtaignes....) ce qui était possible il y a deux ans pour une majorité des résidents grâce à la location de grand bus ne l'est plus du fait du grand nombre de résidents en fauteuil.
- **De décrire les modalités d'accompagnement** : Un référent est nommé pour 3 résidents : IDE, AS, ASH, animatrice. La liste des référents est disponible à l'infirmerie, en salle de pause, au secrétariat. Le nom du référent est notifié dans le dossier informatique de résident. Le projet personnalisé est élaboré à partir du recueil de données informatique de TITAN. Le référent réalise le recueil de données dans les 15 jours qui suivent l'entrée du résident. Une date est fixée pour réaliser le 1^{er} PP en équipe et fixer des objectifs et des actions à mettre en place.
- **D'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement** : Comme le recommande l'ANESM, les projets personnalisés sont réalisés, les référents sont nommés. Le groupe AFP met à disposition le Projet d'accompagnement sur le logiciel TITAN. Le projet de vie est inclus dans le projet de soin. Impliquer le résident dans la construction de son projet et assurer un suivi permettrait à la résidence d'évaluer les effets attendus des objectifs fixés et des actions prévues dans la ligne des missions qui lui sont confiées. A la suite de l'évaluation interne, plusieurs fiches action concernent la constitution et la mise en œuvre des projets personnalisés.
- **D'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers** : Aujourd'hui, l'amélioration des pratiques de l'équipe est clairement annoncée et identifiée, par exemple : depuis la prise en charge des fins de vie accompagnées avec l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'Hospitalisation à Domicile, il y a des échanges avec les familles et le personnel par des réunions organisées au sein de l'EHPAD. La prochaine ayant lieu le 10 février 2014. L'ordre du jour est « la prise en charge des fins de vie », aux dires de l'établissement, l'équipe mobile est très satisfaite de ses interventions dans l'établissement. L'établissement se donne les moyens d'atteindre ses objectifs. Les effets sur l'accompagnement sont visibles, la transparence des actions mises en œuvre est factuelle.

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

Les objectifs du projet d'établissement sont cohérents entre eux. Ils sont centrés vers le résident :

- respect des libertés fondamentales : dignité, vie privée, liberté d'aller et venir, droit aux visites...
- préserver l'autonomie des personnes tout en assurant la sécurité
- répondre aux besoins des personnes tout en respectant les règles de collectivité
- Les projets personnalisés sont faits pour tous les résidents

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) :

- ***Partenariats effectifs et conventionnés*** : les partenariats au niveau des soins sont formalisés et effectifs. Un travail de collaboration entre la résidence et les partenaires comme l'HAD, les soins palliatifs... permet une prise en soins adaptée et continue des personnes.
- ***Partenariats effectifs non conventionnés*** : la résidence gagnerait à formaliser les partenariats avec les organismes pour les activités de loisirs.
- ***Nature et effets des partenariats développés*** : les partenariats avec le CH local évite le passage aux urgences lorsqu'une hospitalisation est envisagée ou un examen demandé. Des hospitalisations de jour sont possibles.
Les services de soins palliatifs, HAD améliorent la prise en soins des personnes.
- ***Modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement*** : l'établissement est en cohérence avec le réseau local de partenaires, libéraux ou institutionnels. La résidence est intégrée dans la vie locale, l'image véhiculée est positive. La participation des partenaires à la commission gériatrique organisée 2 fois par an par le MEDEC signe l'appartenance de la résidence à son environnement.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS :

- ***Perception de l'établissement/ service et de ses missions par les partenaires*** : nous n'avons pas rencontré de partenaires lors de l'évaluation externe.
- ***Forces de l'établissement*** : non observées auprès des partenaires
- ***Faiblesses de l'établissement*** : non observées auprès des partenaires

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne et informations relatives aux systèmes de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions :

- **Organisation et circulation de l'information** : des réunions du personnel ont lieu tous les mois durant 2 heures le jeudi de préférence, car le médecin coordonnateur est alors présent. Ces réunions sont réalisées et suivent un ordre du jour qui est affiché ainsi que le CR. La date de la prochaine réunion est signifiée sur le CR. Une réunion de chefs d'équipes, de l'IDEC, des IDE avec une secrétaire de séance est réalisée la semaine d'avant et nourrit l'ODJ.
- **Coordination des interventions** : il y a une réunion de transmissions tous les jours à 14h00, avec tout le personnel présent. Le matin à 7h00 une transmission est réalisée entre l'AS de nuit et les AS et IDE du matin et les ASH présentes. le soir de 20h45 à 21h00 est prévu un temps de transmissions entre les deux AS finissant et l'ASH et l'AS de nuit. Les transmissions sont tracées sous le logiciel TITAN.

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

- **Caractère accueillant de la structure** : ancien foyer logement, la résidence se caractérise par des espaces de vie accueillants et vastes. Les lieux de vie privés sont personnalisés. Des salons permettent aux personnes de se réunir en comité réduit (au niveau de chaque étage), en plus grand nombre dans le salon d'accueil.
Un espace de promenade sécurisé est organisé autour du bâtiment.
- **Ressources mobilisées pour maintenir les liens sociaux et de citoyenneté** : le lien civique est conservé. Une réunion de prière a lieu une fois par mois, une messe une fois par trimestre. Lors des élections les résidents sont amenés au bureau de vote si nécessaire.

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

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire :

- **Méthode d'élaboration et formalisation des projets personnalisés** : un premier recueil de données est fait dès la première visite. Il est ensuite complété par le résident, la famille, les professionnels afin d'adapter la prise en charge aux besoins des personnes. Les projets de vie font partie intégrante du projet de soins. L'IDEC et/ou l'AS chef d'équipe rencontrent les personnes avant l'entrée dans la structure afin d'affiner les besoins et souhaits des personnes.

15. Les modes de participation des usagers (ou, le cas échéant de leur représentant légal) à l'élaboration de leur projet personnalisé et à son actualisation ; modes de prise en compte des besoins et attentes, des capacités et potentialités des usagers, y compris pour ceux ayant des difficultés de communication ; le mode de consultation pour toute décision les concernant :

- **Participation des usagers et prise en compte des attentes et besoins ?** les besoins et attentes des usagers sont demandés aux résidents et/ou à leur famille. Pour les personnes ayant de difficultés à s'exprimer, la famille est sollicitée, les comportements sont observés afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins.
- **Quel est le taux de projet personnalisé validé avec les usagers ?** les projets personnalisés sont tous réalisés. Ils n'ont cependant pas été validés par les résidents. Cet axe de progrès est inscrit dans les fiches actions établies suite à l'évaluation interne.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées :

- **Modalité et fréquence de réactualisation :** les projets ne sont pour l'instant pas réactualisés. Une fiche action est également faite en ce sens.
- **Taux de réactualisation depuis un an au moins ?** aucun

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

- **Modalités d'accès usagers (ou représentant légal) d'accéder aux informations les concernant :** le résident (ou son représentant légal) ont la possibilité d'accéder au dossier de soins, aux courriers, résultats d'examens. Ils peuvent à tout moment demander à rencontrer le MEDEC et l'IDEC.

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

- **Perception de l'établissement/ service et de ses missions par les usagers :** la satisfaction des résidents et des familles est exprimée, mais il est aussi signifié que l'EHPAD dispose d'un salon de coiffure, mais ne peut le mettre à disposition de plusieurs coiffeurs, car son matériel appartient à un professionnel ou que le sens de distribution des plats au restaurant interroge les résidents et les familles.

Forces de l'établissement :

- « essentiellement, c'est la propreté de l'établissement, il n'y a pas d'odeur, c'est très propre, depuis les travaux, il y a 2 ans c'est bien et en plus il y a la sécurité. La signalisation intérieure c'est bien » il y a eu les mises aux normes, le désenfumage tout s'est fait sans trop déranger les résidents ».
- « je suis assez indépendante à me suffire moi-même, je me douche, pour faire mon lit, je veux le faire et on me laisse faire. Je souhaite continuer comme cela longtemps ».
- « je suis devenue gauchère la nourriture est excellente, très bien soigné et chouchoutée
- « il y deux services le soir, et les premiers servis sont ceux qui ont besoin d'être accompagnés » je suis dans l'établissement depuis plus de 20 ans. L'évolution de la maison a suivi la société. C'est une maison solide. Le meilleur atout je m'y sens comme chez moi, les logements sont bien, les repas aussi, et je n'ai pas de handicap. » « ils servent la soupe, l'entrée du midi et a l'assiette en s'approchant de notre table. La qualité de nourriture est donnée en fonction de notre demande.....

On est en campagne et on ne supporterait pas le gaspillage cela interpelle » « les menus sont affichés donc on peut changer les plats ».

- « on a demandé l'identification du personnel, maintenant ils en ont.. » « ce sont les IDE qui distribuent les médicaments ».
- l'établissement « c'est moi qui mets mon linge dans la corbeille et je défends qu'on prenne un autre linge sale que celui dans la corbeille. Je note sur un carnet ce que j'envoie, cela m'est arrivé que des choses ne reviennent pas ou en retard. Mais bon... » « La cuisine change les plats si cela ne convient pas ». « le petit déjeuner on le prend dans la salle de restaurant, et cela me va bien. On descend en robe de chambre ».
- « si quelque chose arrive détérioré on nous le remplace, sur facture c'est la société de lavage qui l'a remplacé ».
- « aux animations, on suit les saisons, exemple des crêpes ce soir. Moi je suis casanière j'aime bien le vendredi pour faire les courses pour le restant, moi je fais de la gym avec l'animatrice,

Faiblesses de l'établissement :

- « le tour de distribution des repas, je ne comprends pas, c'est toujours les mêmes qui sont servis en premier »
- l'établissement « rien de mauvais. On demande simplement qu'on, ne serve pas toujours du même coté. Et à la fin il n'y a plus de fromage ».
- « problème de coiffeuse on en a parlé au CVS, on a fait une enquête de satisfaction à son sujet et le matériel utilisé, le matériel appartient à la coiffeuse, mais pas à l'établissement ce qui ne permet pas d'accueillir une autre coiffeuse » « on n'a pas le choix ». « Le linge qui ne revient pas toujours en temps utile » « la distribution robotisée on ne sait pas si cela fonctionne bien avec son pourcentage d'erreur ». « les autres coiffeurs n'utilisent pas le salon, car le matériel appartient à la coiffeuse ».
« il y a eu perte de l'ergo sur des crédits qui n'ont pas été renouvelés »
- « deux pantalons qui ne sont pas revenus, ils sont identifiés par un code-barre. J'ai réclamé, cela date de 1 an, rien pour l'instant ».
- « attention encore au problème de la coiffure, car c'est dommage de donner une douche après coiffure..... dommage » « Monaussi il s'est souvent plaint d'être levé tard, probablement pas assez de personnel à ce moment. Le midi il y a moins de problèmes. Car quand il faut le lever, l'habiller, les amener, et ensuite les ramener, les habiller c'est compliqué et certainement plus difficile à gérer. Dans la résidence il y a plus de la moitié de dépendants ... ».

19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement :

- **Modalité d'analyse des informations recueillies (écrites/ orales) :** les demandes écrites et orales sont prises en compte. Elles sont transmises aux personnes concernées et traitées. Une boîte à idées est disponible à l'accueil. Les demandes sont exposées et retranscrites dans les CR des réunions de Conseil de la Vie Sociale.
- **Forme d'expression collective :** Le CVS est en place et se réunit conformément aux recommandations. Une commission des menus est organisée. Les recueils de souhaits concernant les activités se font sur le document de recueil de données et oralement au fil de l'eau.

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

20. Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité :

- **Respect de l'intimité et de la dignité :** l'intimité des personnes est respectée. Toutes les chambres sont individuelles (studios) et disposent d'une salle de bains privative. Des couples peuvent également être accueillis. La personne est considérée comme un individu à part entière.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement, les moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance :

- **Gestion des réclamations, événements indésirables, suggestions :** les réclamations sont le plus souvent orales. Le système de gestion des événements indésirables est effectif : fiches, traitement, actions, suivi des actions de correction. Les fiches sont à disposition dans la salle du personnel et au secrétariat. Elles sont gérées par la direction.

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

- **Efficacité du dispositif de maîtrise des risques :** Les risques associés à la vie et à la santé des résidents sont maîtrisés, notamment par la mise en place de mesures préventives (protocoles ...) Les chariots de médicaments pourraient être rangés à l'infirmerie après chaque distribution. Le local DASRI pourrait être carrelé sur ses parties murales et sols. Un protocole de nettoyage pourrait être affiché ainsi qu'un panneau signalant un local dangereux. L'EHPAD devrait réaliser son DARI. Le suivi des températures du frigo de la salle de soins pourrait être mis en place. Le suivi des textures modifiées pourrait être formalisé et transmis par écrit aux cuisines.

Des dispositions mises en place, dont la formation des professionnels et prévention des risques :

- **Dispositif de gestion des crises :** il y a un classeur de protocole AFP de gestion de crise.
- **Gestion des risques psychosociaux :** Par l'intermédiaire de l'AFP et du CHSCT, les salariés ont accès à un centre d'écoute PSYA. Les salariés sont au courant par affichage dans la salle de transmissions.
- **Modalités de formation des professionnels, d'actualisation et de consolidation des compétences :** la GPEC est gérée par le siège, le clos st Roch a été sollicité par le siège en juin 2011 pour analyser deux métiers : les IDE et le technicien de maintenance. Il existe au sein de l'AFP : un volet emploi des seniors traitant de la pénibilité au travail pour les plus de 50 ans, ce qui permet au siège de proposer des formations.

5.2 ANNEXE : ABREGE DE L'ANESM



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

MODELE D'ABRÈGE. DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

(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 permet de recueillir les éléments de méthodologie de l'évaluation externe.

Enfin la dixième et dernière recueille les commentaires de l'ESSMS sur le déroulement et les conclusions de l'évaluation externe

1. La démarche d'évaluation interne

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...).

Items (5 maximums)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p align="center">Méthodologie et outils</p>	<p>les méthodes de communication choisies permettront de valoriser la participation des acteurs et de communiquer aux résidents ainsi qu'au CVS le plan d'action qui aidera l'EHPAD à maintenir sa démarche d'amélioration de la qualité des prestations fournies.</p>		
<p align="center">Aspect participatif personnel et usagers</p>		<p>Pour réaliser l'Evaluation Interne (EI) La participation des résidents et des familles a été recherchée sans efficacité.</p>	<p>Lors de la prochaine EI la direction doit s'interroger sur la manière d'amener les résidents et leurs familles à participer aux différents groupes de travail.</p>

<p align="center">Dynamique de la démarche qualité</p>	<p>l'EI a été travaillée en pluridisciplinarité et avec méthode. Cette pratique a aujourd'hui une répercussion très favorable sur l'engagement des salariés et le travail en équipe.</p>		
<p align="center">Formalisation du plan d'amélioration</p>	<p>l'EHPAD Le Clos Saint Roch a créé un plan d'actions général regroupant tous les objectifs et actions à réaliser émanant du Projet d'établissement, de la convention tripartite et de l'EI.</p> <p>la création d'un Plan D'assurance de la Qualité est garant s'il est suivi d'une démarche continue.</p>		

<p style="text-align: center;">Suivi des résultats</p>		<p>le plan d'action de l'EI existe. Cependant il ne présente pas d'indicateur de réussite et d'analyse des actions en cours. Pour suivre une action dévolue à un objectif il est essentiel de disposer d'indicateurs de suivis. L'ANESM a publié des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des services prestés au sein d'un EHPAD.</p>	<p>L'EHPAD St ROCH se doit d'intégrer dans son plan d'action général les indicateurs de l'ANESM pour s'assurer que les actions sont utiles et efficaces pour les personnes accueillies.</p>
---	--	---	---

* pour les services à la personne (SAP) agréés, cette rubrique correspond aux points investigués dans le cadre du cahier des charges de l'agrément

2. La prise en compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS

(Exemples d'items : Modalités d'appropriation des recommandations, mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Appropriation des recommandations par tous les acteurs		Les recommandations sont mal identifiées	Mettre à disposition des professionnels les RBPP concernant les EHPAD, se les approprier et les intégrer au quotidien
Prise en compte de la recommandation sur la prévention de la maltraitance	Les salariés appliquent la bientraitance dans l'accompagnement au quotidien	La recommandation n'est pas connue en tant que telle	Mettre à disposition la recommandation sur la prévention de la maltraitance
Prise en compte de la recommandation sur la qualité de vie en Ehpad (intimité, dignité, hébergement ...)			Mettre à disposition la recommandation sur la qualité de vie en EHPAD

3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximums)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Méthodologie d'élaboration et révision du projet d'établissement</p>	<p>l'EHPAD Clos Saint Roch a révisé son projet d'établissement en décembre 2013. Pour cela il a été à l'écoute des besoins et attentes des résidents. Sa diffusion et communication sont organisées. La méthodologie employée garantit une réelle transparence dans le fonctionnement de l'EHPAD.</p>		
<p>Cohérence avec les objectifs de l'établissement et ses missions</p>	<p>les objectifs du projet d'établissement et les buts poursuivis ont été travaillés en toute cohérence. Malgré l'attente de renégociation de sa CTP l'établissement progresse dans sa démarche et sa volonté d'améliorer ses services. Les objectifs du PE sont associés aux objectifs de l'Évaluation Interne au sein d'un même document.</p>		
<p>Prise en compte des besoins et attentes des usagers</p>	<p>Les objectifs du PE ont été travaillés de façon à prendre en compte et les souhaits des résidents, les résultats de l'EI et les objectifs non atteints de la dernière CTP de 2008. l'EHPAD</p>		

	<p>démontre de son acuité dans sa démarche projet. L'EHPAD garantit que les résultats de cette évaluation externe sauront être intégrés avec les autres objectifs.</p>		
<p>Communication du projet d'établissement</p>	<p>le projet est applicable dès lors qu'il a été validé</p> <p>. Il est communiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A L'association gestionnaire • Au Conseil général de Dordogne • A l'ARS Délégation Territoriale de la Dordogne • A L'ensemble du personnel intervenant dans l'établissement au titre de l'accompagnement médical ou paramédical doit avoir consulté le projet d'établissement 	<p>Tous les praticiens au sein de l'établissement n'ont pas signé de contrat avec l'EHPAD</p>	<p>L'établissement doit rechercher la contractualisation des interventions des praticiens conformément à l'arrêté du 30 décembre 2010 concernant les modalités d'exercice au sein de l'EHPAD.</p>

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

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement...).

Items (5 maximums)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Collaboration, formations et conventions avec les différents acteurs du secteur	Les conventions de partenariats (sanitaire et médico-social) sont signées. La collaboration est efficiente.	Les conventions de partenariats concernant les activités ne sont pas mises en place	Formaliser des conventions pour renforcer le lien avec l'extérieur.
Modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement :	Il existe une Commission gériatrique qui se réunit 2 fois par an, les partenaires libéraux et institutionnels sont impliqués.		
Ressources mobilisées pour maintenir les liens sociaux et de citoyenneté	Participation des résidents à la vie de la cité : lien civique, familial et social. Les résidents sont aidés dans leur démarche s'ils le souhaitent.		

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé ...).

Items (5 maximums)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Élaboration, rédaction, actualisation du projet personnalisé	Les projets personnalisés sont réalisés	Ils ne sont pas actualisés,	Actualiser les projets, Suivre les objectifs et actions définis
Réponse satisfaisante aux attentes et besoins spécifiques	L'établissement répond aux attentes et besoins des résidents tout en tenant compte des contraintes de la vie en collectivité. Les référents sont désignés pour chaque résident accueilli.		
Participation, et validation des usagers		Les projets ne sont pas co-construits.	Impliquer le résident afin de démontrer qu'il est acteur de son projet

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Dispositifs pour favoriser l'expression des usagers (dont CVS ou autre forme de participation)	La composition du CVS et son fonctionnement répondent aux exigences requises, il est écouté dans ses propositions.	Il n'y a pas de commission d'animation	La création d'une commission d'animation permettrait de recueillir les souhaits des résidents et d'adapter les activités.
Retour des suites données aux demandes	Les demandes sont prises en compte. Une réponse est donnée systématiquement		
Recueil et traitement des plaintes et des réclamations	Les plaintes et réclamations sont prises en compte	Il n'y a pas de cahier de recueil de demandes, de réclamations à disposition pour résidents et familles	Mettre à disposition des personnes accueillies et de leurs proches un cahier de réclamations

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

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect de la vie privée, liberté d'aller et venir	La vie privée, la liberté d'aller et venir des résidents sont respectées.		
Respect des normes en termes d'hébergement	L'établissement dispose dans ses ressources humaines d'un Capitaine de Pompier Bénévole. Il possède des liens privilégiés avec la caserne locale. Les connaissances du pompier bénévole participent à la bonne gestion des risques émanant du fonctionnement de l'EHPAD. L'EHPAD possède une réelle acuité et expertise dans la traçabilité et le suivi des actions dans le cadre de la sécurité incendie par exemple.		
Prévention et gestion des risques liés à l'accompagnement	La prévention et la gestion des risques sont assurées. Les soins suivent des protocoles	Pas d'auto-évaluation du risque infectieux : GREPHH, DARI	Procéder à une auto-évaluation du risque infectieux

<p>(risques soins, infectieux...)</p>			
<p>Prévention et gestion des risques liés à l'hygiène (</p>		<p>Le local DASRI est partiellement conforme.</p>	<p>Mettre en conformité le local : afficher et suivre un plan de nettoyage, signaler le local comme « dangereux ».</p>
<p>restauration, circuit du linge ...)</p>		<p>Les cuisines du restaurant ne disposent pas de traces écrites des textures modifiées prescrites pour les résidents. Les transmissions sont faites oralement.</p>	<p>Les textures modifiées des plats pour certains résidents doivent être effectuées sur prescriptions médicales. Afin d'en assurer la traçabilité et le suivi au niveau des cuisines, l'équipe soignante devrait présenter à la cuisine une fiche à jour des textures modifiées pour les résidents qui le nécessitent.</p>

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'EHPAD Le Clos Saint Roch est un établissement accueillant, la direction et son équipe démontrent des qualités d'écoutes bienveillantes importantes. Le projet d'établissement récent présente des objectifs atteignables et en corrélation avec les besoins des résidents, des familles et du territoire. L'établissement est ouvert sur l'extérieur. L'évaluation interne réalisée a identifié des axes d'améliorations inscrits sur le plan d'action présenté par la structure. L'EHPAD Le Clos Saint Roch se doit maintenant de continuer une démarche rigoureuse de formalisation des accompagnements et de gestion documentaire. Les actions d'améliorations visées sur le plan d'action général de la structure doivent être enrichies d'indicateurs afin de s'assurer que les résidents profitent bien des changements qui en découleront.

9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items : descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...)

Items (5 maximum)	
Méthodologie d'évaluation et modalités de réalisation de l'évaluation	La méthodologie de l'évaluation externe développée par 4 As, en conformité avec les exigences du décret 2007-975 du 15 mai 2007. Pour plus de renseignements consulter §3 : DESCRIPTIF DE LA PROCEDURE D'EVALUATION EXTERNE.

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>A l'issue de l'évaluation externe des 5 et 6 février 2014, nous pouvons dire qu'elle s'est déroulée dans un climat qui fut à la fois très professionnel mais aussi très convivial.</p> <p>En effet, l'approche de cette évaluation génèrait pour l'ensemble de l'équipe quelques angoisses mais aussi du stress.</p> <p>Il faut aussi dire que pour la quasi-totalité du personnel, cette situation d'évaluation des bonnes pratiques professionnelles, était une première.</p> <p>Merci et un grand bravo à toute l'équipe du Clos Saint Roch.</p>	<p>L'ensemble de l'équipe du Clos Saint Roch et moi-même restons très satisfait quant à la méthodologie employée par le cabinet 4AS, à savoir une approche globale de nos missions au quotidien, plutôt qu'une analyse point par point de nos cotations du référentiel.</p> <p>Nous avons apprécié les valeurs des évaluateurs et leurs connaissances de notre secteur professionnel.</p> <p>Par ailleurs, nous avons ressenti que les évaluateurs maîtrisaient parfaitement le fonctionnement de notre établissement, de par la lecture et l'analyse des documents que nous avions fournis en amont de l'évaluation externe.</p>



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2020-2024

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

ET

Le Département de la Dordogne

ET

La SARL les Chênes Verts

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
2) L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES 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 des établissements et services du CPOM.....	7
4.2 Les modalités de versement de la 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 - Engagements du Gestionnaire de l'EHPAD les CHENES VERTS.....	11
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	12
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	12
4.7 Les frais de siège.....	14
Sans objet	14
4.8 PPI et PGFP	14
4.9 Mise en place d'un plan de redressement	14
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	14
1) Le suivi et l'évaluation du contrat	14
2) Le traitement des litiges.....	16
3) La révision du contrat.....	16
4) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	16
5) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	16
6) 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 :

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

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

Et,

La SARL « les Chênes Verts » 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, soit Madame Véronique GERBEAU Directrice.

Visas et références juridiques :

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

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

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

Vu 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 la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 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 1 octobre 2019 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 les Chênes Verts 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 SARL les Chênes Verts 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 : **240001990**
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : **SARL**
 - Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire :
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : **EHPAD PRIVE COMMERCIAL INDEPENDANT**
 - Organigramme de l'entité gestionnaire : **Gérant de la SARL : Patrick LAFON**
 - Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : **Véronique GERBEAU, Directrice**
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : **EHPAD les Chênes Verts**

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : **22 AOUT 2018**
 - 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 : **NON**
 - 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 : **240008565**

- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

« L'EHPAD Les Chênes Verts » n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ».

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

Convention avec le REPID (Réseau des EHPAD Privés Indépendants de Dordogne) comprenant 6 EHPAD signée le 24 janvier 2014. L'objet est la mutualisation choisie.

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

(Sans objet)

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

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- 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'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 les Chênes Verts, 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, dont la durée est fixée par les textes, 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 soins de l'EHPAD les Chênes Verts 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 ; (**PMP 256 GMP 792**)
- 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 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.

4.1.2 - 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.

Par ailleurs, au forfait global dépendance, s'ajoute une dotation forfaitaire spécifique au titre du PASA, telle que votée par le Conseil Départemental.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

4.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

La SARL les Chênes Verts reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

La SARL les Chênes Verts 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, **pour les EHPAD**, 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 Les modalités de versement de 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 gestionnaire 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 gestionnaire 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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/2020** se répartit comme suit :

Les quotes-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêtées par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation N ou N+1, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 1/01/2020 (en €)	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
---------------	-----------------------	---	--	--

240001990	EHPAD Les Chênes Verts	863 579.12	830 045.10	33 534.02 HTemp.
TOTAL GENERAL		863 579.12	830 045.10	33 534.02

➤ 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 €)	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240001990	EHPAD les Chênes Verts	369 579,55€	360 579,55€	9 000,00 € (PASA)

➤ 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.

4.4.. - Engagements du Gestionnaire de l'EHPAD les CHENES VERTS

La gestion des produits financiers issus de la gestion centralisée de trésorerie des établissements et services du CPOM est réalisée conformément à l'article R314-95 du CASF.

Le gestionnaire s'engage à :

- Atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :

✓ **À un taux minimum de 95 %**

- 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).

4.5 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, une caisse pivot 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 CSS, 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**
- **La SARL Les Chênes Verts** 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 désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des 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.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet 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.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 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 (r314-234 et R314-244 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).

Priorités ARS / Conseil Départemental

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) 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

■ 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.

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).

4.7 Les frais de siège.

Sans objet

4.8 PPI et PGFP

Sans objet

4.9 Mise en place d'un plan de redressement

Sans objet

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 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 gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- Un ERRD conforme à l'article R314-232 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 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.

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD.

❖ 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.

- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de l'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 l'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(s) pluriannuelle de l'EHPAD les Chênes Verts signataire.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, 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° 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 Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de
l'établissement

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➤ LISTE DES ANNEXES

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

- ANNEXE 1 : Le diagnostic partagé

- ANNEXE 2 : Les fiches actions

- ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale

- ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

- ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Sans objet

➡ 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



Résidence les Chênes Verts

*Etablissement d'Hébergement pour Personnes
Agées Dépendantes*

Le Lyonnet – 24460 AGONAC



DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

SARL LES CHÊNES VERTS

Table des matières

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. Evaluations internes et externes.....	4
2.2.2. Coopérations et conventions.....	5
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	8
2.2.5. Innovations en santé	8
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....	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	11
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	11
3.2.1. Activité - EHPAD xxx.....	11
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD xxx	12
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD xxx.....	13
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD xxx.....	16
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD xxx	20
4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE	21

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
240008565	EHPAD	PRIVE	66 HP 3 HT	66 HP 3 HT	
TOTAL	EHPAD	PRIVE	69	69	

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 :

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 **NC**

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
TOTAL			

2.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			

Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

2.2.1. Evaluations internes et externes A/C DE 2017

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

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD LES CHENES VERTS	AVRIL - DECEMBRE 2018	03/01/2022

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD LES CHENES VERTS	JUILLET 2014	03/01/2024

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

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS

2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		CHP depuis 15/07/2015
Une équipe mobile de gériatrie		X	EMOG CH PX A conventionner
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		Depuis le 10/08/2015
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Formalisées avec 2 depuis le 28/09/2018
Un établissement de santé	X		- CHP depuis le 30/05/2007 dans le cadre du PNC -SSR P. de Brantome 09/3/2018 - Verger des Balans 23/02/2015 avec mise à disposition d'un psychogériatre
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		- EMEPPA Vauclaire Convention signée le 30 juillet 2019 (Évaluation et suivi de pathologies psychiatriques) Accès CMP, hospitalisation UPC ou service psychiatrie facilitée - GCS santé Mentale 7/1/2015
Un réseau de soins palliatifs	X		PALLIA24 depuis le 20/02/2007
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	Partenariat avec un dentiste à Agonac
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	Verger des Balans Convention à finaliser avec l'UHR ainsi qu'avec l'EHPAD la Madeleine

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
CASSIOPEA - 30/03/2017	Actions de prévention	A relancer	Peu d'actions
BASTIDE - 31/03/2017	Location matériel médical		Opérationnelle quotidiennement
CFP CHAMPCEVINEL - 09/10/2017	Apprentis		Permet de rester « à jour » dans le domaine de compétence de la formation

BENEVOLAT - Juin 2018	Chartre du bénévolat Cahier des interventions des bénévoles		Nécessaire au cadrage des relations avec les bénévoles
Médiathèque Agonac - 28/06/2018	Lecture à voix haute à l'EHAD Expositions		Relation agréable venant de l'extérieur Permet d'aller régulièrement faire des sorties
SOS Oxygène - janvier 2019	Fourniture de matériel médical		Idem bastide
UDCCAS24 - missions 2016/2017	Accompagnement au regroupement des CIAS	Nouveau projet en fin d'année qui relancera la coopération	Permet d'avoir une action hors de l'EHPAD sur le domicile
REPID	Réseau de coopération de 6 EHPAD indépendants Pour la mutualisation choisie		Très efficient Sur de nombreux plans

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

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
LES CHENES VERTS	Equipe IDE, AS, ASH et Services Généraux en CDI à temps plein		NC
	Politique 0 intérim et remplacement de 100% des absences en soins et 90% des absences en hôtellerie.		
	Forte Politique d'apprentissage (4 ETP annuel soit 20% des effectifs soins et hôtellerie) = maintien du nombre de soignants tout au long de l'année.		
	Effectif constant du lundi au dimanche en service de soins		
	Remplacements systématiques des absences		
	Régulation d'équipe mensuelle		
	Politique formation affirmée (tous les soignants sont diplômés ou en cours)		

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	x		100% des équipes formées (formations internes et externes) Déploiement de la stratégie CPF permettant de diplômer une cuisinière et 2 soignantes.	Attente de la nomination du nouvel OPCO SANTE pour pouvoir continuer à financer les formations de nos personnels. Plan de formation HAPA à déployer afin de réduire les risques professionnels. Mettre en place le plan de compétences prévu par la nouvelle réglementation	NC
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	x		- prévisions des départs en retraite organisés en souscrivant des cotisations IFC - Remplacement progressif des départs à la retraite par les apprenties ayant achevé leur cycle de formation. - Mise en place des retraites progressives.		
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	x		Entretiens professionnels biannuels. Dispositifs de formation co-financés par le CPF et l'OPCA.		
Adéquation du personnel aux missions ?	x		100% des soignants diplômés.		

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
---------------------------	---	--	---	---

ANNEE N : 2019 EHPAD Les Chênes Verts	0			
ANNEE N + 1 : 2020 EHPAD Les Chênes Verts	2	IDEC ASH	10560	Remplacement
ANNEE N + 2 : 2021 EHPAD Les Chênes Verts	0			
ANNEE N + 3 : 2022 EHPAD Les Chênes Verts	1	MED CO	10900	Remplacement
ANNEE N + 4 : 2023 EHPAD Les Chênes Verts	5	3 ASH 1 AS 1 DIRECTION	33231	Remplacements
TOTAL	8	1 IDEC 4 ASH 1 AS 1 DIRECTION	54691	
Provisions déjà constituées			47600	
RESTE A FINANCER			7091	

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 ?

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*) ?
Non pour la connexion
Méthode Montessori pour les thérapies non médicamenteuses
- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?
Mise en place de la télémédecine courant 2019

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données. Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

a) Données de caractérisation

Identification de l'ESMS

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

Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : **Oui/Non 4 novembre 2015**

Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire/accueil de jour*) : **HP 66 + HT 3 = 69 lits**
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : **0**
- 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 : **Master II MOMMS**

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : **Oui/Non**
- Accès à un groupe électrogène : **Oui/Non**
- Nombre de chambres individuelles : **54 (+ 8 chambres doubles)**
- 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...*) : **Non**

Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : **Oui/Non avec le Centre Hospitalier de Périgueux depuis le 30/05/2007**
- Partenariat avec un réseau de santé : **Oui/Non**
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : **Oui/Non MAIA PTA GCS santé mentale**
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : **équipe mobile de soins palliatifs depuis le 10/08/2015 + HAD 15/07/2015**

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 % : **1.45 %**

Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu :
- Dernier GMP validé : **792 au 18 octobre 2018**

- Dernier PMP connu :
- Dernier PMP validé : **256 au 18 octobre 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 % :
87% pour décès et 13% pour changement d'EHPAD
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % :
202 journées d'hospitalisation soit 0.84%

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : **100%**

Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS

- Taux de rotation des lits/places financées (hors accompagnement temporaire) en % (Nombre d'admissions dans l'année/ Nombre de lits et de places financés) : **28.79%**

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%**
- Taux de prestations externes : **0.02% gériatre**

L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : **au 31/12/2018 9.03%**
- Taux d'absentéisme par motif :
 - **Maladie : 19%**
 - **Maladie longue durée : 60%**
 - **Maladie professionnelle : 9%**
 - **AT/trajet : 11%**
 - **Congé exceptionnel : 1%**

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 %
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 100 %

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 : 100 %

- 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) : **effectuée en 2018**
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : **effectuée en 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 : **fonction exercée à temps partiel par le responsable des ressources humaines**

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS xxx	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Méthode Montessori PAP Réactivité Traçabilité Bienveillance Médecin coordonnateur très présent et médecin traitant de nombreux résidents	Réunions de synthèse plus fréquentes	Régulation d'équipe
Axe n°2 : Ressources humaines	Peu de turn-over Absentéisme modéré GPEC efficace	Mettre en place la dernière réforme de la formation professionnelle	
Axe n°3 : Finances et budget	Equilibre budgétaire		
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Réalisées : Interne : 2018 Externe : 2014		Plan d'action général sur la structure permettant un suivi affiné et régulier au moyen de COPIL

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD LES CHÊNES VERTS

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>)	24090	1095	NC
Journées réalisées	23570	1551	
Taux d'occupation	97.84 %	141 %	

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.

Au 05 Juillet 2019, 12 personnes sur liste d'attente active.

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD LES CHENES VERTS

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre- ment	Héberg- ement	Dépend- ance	soin	Postes non pourv- us (ETP)	Postes compen- sés par des vacatio- ns /CDD ou autres
Direction/administration	3.47	1	3.47				
Services généraux	3.29		3.29				
Animation							
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	10.58		7.41	3.17			
Aide-soignant- AMP-ASG	22.51			6.75	15.76		
Psychologue	0						
Infirmière	4.06	1			4.06		
Auxiliaires médicaux	0.24				0.24		
Pharmacien ou préparateur	0						
Médecin coordonnateur	0.4				0.4		
Autre fonction (gériatre)	0.02				0.02		
TOTAL	44.57	2	14.17	9.92	20.48		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 6

Commentaires éventuels : **le médecin coordonnateur est le médecin traitant de 87.9% des résidents**

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)
SOINS	5.93	4.68	8 dont 4 avec arrêt maladie
ASH	3.03	2.84	1 avec arrêt maladie
SERVICES GENERAUX	0.08	0.08	4 dont 1 avec arrêt maladie

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

Pénibilité du métier d'AS lié à la charge physique que représentent des résidents de plus en plus dépendants (25% des heures d'arrêts des soignantes = maladie pro et AT).

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD LES CHÊNES VERTS

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- Les recettes sur la période :

ESMS	N-1			N-2			N-3					
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total												
Groupes de recettes		335086.21	858267.57	1193353.78		325823.86	862822.80	1188646.66		337373.00	850 832.94	1168115.46
Groupe 1		333167.21	852948.57	1186115.78		320460.86	840449.80	1160910.66		332868.00	839799.94	1 161 247.74
Groupe 2		1919.00	5319.00	7238.00		5363.00	13773.00	19136.00		4505.00	11033.00	6 847.52
Groupe 3							8600.00	8600.00				

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier... :

- Les recettes d'exploitation :

Les recettes sont en augmentation en raison de l'augmentation du prix de journée de la dépendance et des hospitalisations très limitées.

▪ **Les dépenses sur la période :**

ESMS	N-1			N-2			N-3					
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total												
Groupes de dépenses												
Groupe 1	335067.67	858845.00	1193415.67		340336.74	862890.00	1203226.74			337005.19	850793.00	1187798.19
Groupe 2	23145.00	41548.00	64693.00		20001.00	41905.00	61906.00			23050.99	41672.00	64722.99
Groupe 3	309912.67	813448.00	1123360.67		318397.00	820042.00	1138439.00			312860.20	807992.00	1120852.20
	2010.00	352.00	2362.00		1939.00	943.00	2882.00			1094.00	1129.00	2223.00

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, événement particulier ... :

- Les charges d'exploitation : des départs à la retraite et des licenciements pour inaptitude ont affecté l'équilibre financier N-2 et N-1. En 2018 retour à l'équilibre

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS EHPAD LES CHÊNES VERTS	N-1	N-2	N-3
Recettes	1 193 353.78	1 188 646.66	1 168 115.46
Dépenses	1 193 415.67	1 203 226.74	1 187 798.19
Net	-61.89	-14 580.08	-16 682.73
Retraitements comptables (<i>variations congés payés, reprises...</i>)			
Résultat à affecter	-61.89	-14 580.08	-16 682.73
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
N-1	NC		
N-2	NC		
N-3	39.94		

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 :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS LES CHÊNES VERTS	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	37059
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...)?

Résidence services (au tout début de la réflexion)

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD LES CHÊNES VERTS

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

ESMS EHPAD LES CHÊNES VERTS	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	Actualisé régulièrement		
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI	Affichée dans le hall d'entrée de l'EHPAD		
Contrat de séjour	OUI	Actualisé régulièrement		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI	Affichée dans le hall		

Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Accessible à l'ensemble des résidents et des familles Participation au CVSD		
Règlement de fonctionnement	OUI			
Projet d'établissement	OUI	2014/2019	En cours de réécriture de manière participative	
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	Application de la méthode Montessori	En attente de formation sur les activités Montessori	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Réunion pour valider le PAP avec le résident et sa famille	Effectuer régulièrement des réunions de synthèse avec les familles	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	Prévention : observation et disponibilité du personnel pour anticiper les besoins. Accès au soin : réactivité du personnel soignant Liens : coordination efficiente avec les partenaires	Vaccination du personnel contre la grippe Et le pneumocoque	
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>	OUI	Création d'une fiche de dysfonctionnement	Constance du personnel pour les remplir	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI	Plan d'action global réuni sur un document unique l'ensemble des actions à mener sur tous les champs institutionnels		

Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI	Rappel des RPP lors des transmissions quotidiennes par l'analyse des pratiques et par le rappel de PC/PT	Réunions dédiées à l'appropriation des RPP	
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI	Registre en place		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Abordées au moment de l'admission	Peu de résidents au final les rédigent malgré nos sollicitations	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	2019	Nouveau PE en 2019		
Livret thérapeutique en place	NON		A METTRE EN PLACE	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI	Prise en compte continue (jour et nuit) des besoins et attentes PAP réalisé dans le mois suivant	Plus grande réactivité des soignants pour les mises à jour des plans de soins	
Protocole risque de chute	OUI	Présence d'une ergothérapeute formée à la prévention des chutes		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Rares escarres constatés et soins de prévention bien effectués avec le suivi médical et paramédical du résident		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Implication du personnel dans la démarche + bilan bucco-dentaire à l'entrée réalisée par un dentiste dans l'EHPAD	Difficulté pour amener les résidents chez le dentiste pour les soins	
Prise en charge de la douleur	OUI	Sensibilisation des équipes	Formation IDE sur prise	

		soignantes aux manifestations douloureuses	en charge de la douleur	
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Satisfaction orale et écrite des familles pour chaque accompagnement + maintien du résident dans l'EHPAD + Convention soins palliatifs et HAD		
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Comité nutrition 2X/an + IDE référente nutrition + pesée des résidents mensuelle avec calcul d'albuminémie + alimentation enrichie naturellement et mise en place de compléments alimentaires si non suffisant		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	Ecoute et soutien des soignants Méthode Montessori + Stimulation par des activités occupationnelles = peu de situation de crise Limitation des traitements médicamenteux Présence d'un psychogériatre 1 jour par mois	Présence d'une psychologue salariée	

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**

2 conventions de signées avec des pharmacies au 28/09/2018

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; 2 La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; 3 La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments 4 L'administration des médicaments dont l'identitovigilance 5 Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ; 6 L'informatisation du circuit du médicament 7 La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX). 	<p>En plus des procédures et protocoles ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PT.SO.24 GESTION DES STUPEFIANTS - PT.SO.25 GESTION DES MEDICAMENTS - PT.SO.26 BP DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS - PC.SO.16 CIRCUIT DU MEDICAMENT - TR.ADM.04 FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT <p>2- médicaments livrés sous blisters individualisés préparés par les pharmacies, vérifiés par les IDE</p> <p>4- Administration des médicaments sous blister individuel par les IDE et les AS/AMP/AES par délégation après vérification</p> <p>5- Ensemble des médicaments conservés selon le mode de conservation préconisé (coffre-fort pour stupéfiants + réfrigérateur pour thermosensibles) dans un local fermé</p> <p>6- Ordonnances envoyées par mail crypté aux pharmacies (Apicrypt)</p>

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD LES CHÊNES VERTS

Nom EHPAD : LES CHÊNES VERTS				
Date d'effet de la convention : 4 NOVEMBRE 2015				
Date de fin de la convention :				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Garantir le respect du projet de soins	Démarche de questionnement éthique	Réunion de travail IDE + formation éthique et soin	R	Réunion IDE en septembre 2015 Formations en mai et juin 2015
Politique de bon usage des médicaments	Eviter les thérapeutiques médicamenteuses	Amélioration du protocole d'incontinence Mise en place de la méthode Montessori	R	
	Promouvoir l'hydratation et la nutrition	Plan bleu + enrichissement des menus + collations de nuit	R R R	
Gestion des risques	Améliorer la politique de prévention	Cartographie des risques + analyse du risque chimique	R	Mars 2016
			R	Octobre 2016
Accompagnement fin de vie	Recueil des directives anticipées	Intégrer le recueil des DA au PAP	R	Avril 2017
	Améliorer la formation du professionnel	Formation	R	Chaque année depuis 2012
Amélioration de la personnalisation de l'accompagnement	Formaliser la procédure d'élaboration et d'évaluation du PAP	Groupe de travail + réalisation de la PC	R	Juin 2016
	Groupe de parole animé par un psychologue		A	Suivi individuel Régulation d'équipe mensuelle
	Déployer l'intervention de l'HAD	Convention avec l'HAD	R	2016

	Développer la méthode Montessori	Mise à niveau	EC	Réunion en juin et juillet 2016 + Formation en septembre et décembre 2016 + réunion mensuelle avec régulateur
Déploiement du projet d'animation	Proposer un choix de sortie plus important	Moyen de transport adapté	R	Achat minibus février 2017
Mise en place de la politique RH	Créer une procédure d'évaluation annuelle	PC + grille de critères	R	Projet tuteuré de mars 2017
Démarche d'amélioration continue de la qualité	Amener le professionnel à s'interroger sur ses pratiques	Réunion d'échanges des PP	R + EC	Transmission quotidiennes + Réunion de régulation
	Mis à jour de la signalétique	Interne avec identification portes aile orchidée et panneaux d'orientation + Externe avec panneaux de visibilité	R	Interne mai 2018 Externe juin 2018

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 ?

Projet de résidence autonomie avec aide possible du plateau technique de l'EHPAD Demande de places supplémentaires d'hébergement temporaire

- 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) ?

Projet « EHPAD CENTRE RESSOURCES » :

Il s'agit de revoir le projet d'EHPAD à domicile dans le cadre d'un Appel à A Candidature ARS en tant que projet innovant en partenariat :

- ✓ Ateliers de prévention et d'éducation thérapeutiques
- ✓ Sécurisation au domicile des débuts de nuit.

L'action a été suspendue du fait de l'arrêt de financement. Nous redéployons le concept à travers le projet « EHPAD pôle de ressources de proximité ». Ce projet est constitué de 2 volets.

Volet 1 : mise en place d'ateliers de prévention (chutes, isolement) et d'ateliers thérapeutiques. Ces ateliers s'adressent à la fois aux résidents mais aussi aux personnes l'extérieur à notre établissement. Il s'agit de redéployer ce qui était proposé avec l'EHPAD à domicile mais avec une approche orientée plus vers le soin.

Volet 2 : sécurisation des couchers tardifs pour les personnes âgées à domicile en complément des interventions des SAAD et SSIAD. Le rayon d'intervention concernerait les personnes habitant à 15 km maximum des Chênes Verts. L'objectif de ce dispositif est de limiter les couchers précoces en intervenant de 20h00 à minuit. Il s'agit de soutenir la liberté de choix de chacun, quel que soit l'âge, dans l'heure du coucher.

Projet de PASA

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

Cf. projet ehpad centre ressources plus haut

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°1	
Réseau des EHPAD Privés Indépendants de Dordogne	
Réfèrent (personne ou institution) : Directeur	
Constat du diagnostic	Réseau dynamique de 6 EHPAD indépendants avec beaucoup d'actions communes mises en place. Potentiel de montée en puissance
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Continuer à optimiser les mutualisations et coopérations avec le REPID
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Réflexion éthique et promotion de la bientraitance : groupes d'échanges de pratique inter-établissement (réunion annuelle IDEC, réunion éthique inter-établissement...) 2- Ressources humaines : mutualisation de compétences, mutualisation d'actions de formation, recrutements mutualisés de professionnels dits « rares » 3- Logistique : achats en commun (incontinence...), système d'information commun 4- Projets stratégiques : étude de projets en commun, réponse commune aux appels à projet 5- Communication : partage d'informations utiles (orientation des demandes sur établissements du REPID quand pas de places disponibles...)
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD du REPID Organisme de formation, fournisseurs
Moyens nécessaires	Temps de réunions et d'échange REPID Support
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Suivi des échéances et du plan d'actions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre d'actions de formations réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Nombre d'appels à projet commun sur cinq ans Satisfaction des acteurs sur les projets menés en commun. Compte-rendu de réunions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, démarche de la bientraitance

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2 AGAPE 24	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Association gérontologique créée en 2016 par les établissements du REPID pour promouvoir et développer la qualité de vie et d'accompagnement en EHPAD.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer les actions d'animations en communs en favorisant la citoyenneté et la promotion professionnelle
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Accueil annuel d'un service civique par établissement et d'un coordonnateur avec mise en place de projets d'animation au sein des établissements 2- Organisation d'actions d'animation communes : Olympiades, Loto géant, sortie pêche... 3- Groupe d'échange de pratique des personnes en charge de l'animation
Identification des acteurs à mobiliser	Etablissements adhérant à l'association DDCSPP
Moyens nécessaires	Temps de réunion Agrément service civique
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Suivi des échéances et du plan d'actions PV Conseil d'administration de l'association</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u> Nombre d'actions d'animation réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Satisfaction des jeunes en service civique sur leurs missions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, citoyenneté, insertion sociale

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°3 AMELIORER LA GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS	
Référent (personne ou institution) : DIRECTRICE – IDEC – ASSISTANTE QUALITE	
Constat du diagnostic	Deux déclarations existent dans la structure : <ul style="list-style-type: none"> - Les déclarations de dysfonctionnement (internes) - Les signalements d'évènements indésirables réglementaires La procédure d'utilisation et les documents de traçabilité sont réalisés et mis en place. Les professionnels les connaissent mais ne les utilisent pas de manière systématique. La culture de l'oral est importante par contre celle de l'écrit est moindre.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer l'utilisation des documents permettant la gestion des évènements indésirables et des dysfonctionnements.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler régulièrement au personnel lors des transmissions et des réunions d'équipe l'importance de retranscrire les dysfonctionnements via les FDD et d'alerter la Direction ou son représentant lors d'évènements indésirables graves. 2. Création d'une charte de confiance et d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables.
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> 1. TOUT LE PERSONNEL DE L'INSTITUTION
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temps de réunion 2. Documents de déclaration faciles d'accès.
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2020 à 2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de réunions où le sujet est abordé 2. Compte-rendu réunions d'équipe et de Direction <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation du nombre de dysfonctionnements déclarés
Points de vigilance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les professionnels risquent d'oublier de réaliser les fiches 2. Manque de perception de l'intérêt d'effectuer ces fiches 3. Culture de la traçabilité
Bonnes pratiques à promouvoir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse mensuelle lors des réunions de direction puis retour aux équipes lors des transmissions ou réunions d'équipe

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action N°4 DIVERSIFIER LES PARTENARIATS	
<i>Référent (personne ou institution) : DIRECTRICE – médecin coordonnateur - IDEC</i>	
Constat du diagnostic	L'EHPAD bénéficie de la présence d'un psychogériatre qu'une journée (7h) par mois. Compte tenu des pathologies présentes chez les résidents et de la volonté de développer la thérapeutique non médicamenteuse, notamment par la méthode Montessori, notre expertise est incomplète.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	- Développer les partenariats pour améliorer l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs
Description de l'action	Opportunité pour l'EHPAD d'avoir des interlocuteurs privilégiés identifiés concernant la prise en soin de certaines pathologies gériatriques et psychogériatriques. Admissions en cas de besoin dans des unités spécialisées.
Identification des acteurs à mobiliser	Directeurs et responsables des soins des établissements/services
Moyens nécessaires	Signer des conventions avec : <ul style="list-style-type: none"> - UHR Verger des Balans - UHR la Madeleine - EMOG du CHP (Equipe mobile à orientation gériatrique)
Calendrier prévisionnel	Durant l'année 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u> Signature des conventions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de recours - Nombre de personnes accueillies UCC UHR EMPG par rapport à ceux nécessitant des prises en charge
Points de vigilance	Disponibilité des interlocuteurs aux moments opportuns
Bonnes pratiques à promouvoir	Aller chercher ailleurs les ressources manquantes à l'établissement. Elargir les partenariats territoriaux

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°5	
PERFECTIONNER LE SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS	
<i>Référent (personne ou institution) : MEDECIN COORDONNATEUR + IDEC</i>	
Constat du diagnostic	L'accompagnement du résident nécessite dès son arrivée de mettre en œuvre divers outils. Par la suite, il faut rester vigilant à leur évolution. En effet, l'accompagnement des résidents doit toujours rester au plus près de leurs besoins actuels.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Maintenir la qualité de l'accompagnement des résidents par le biais d'outils évolutifs restant adaptés aux besoins.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> Réaliser une Evaluation Gériatrique Standardisée à chaque entrée en HP 3 mois maximum après son arrivée. Rechercher la présence des familles pour les réunions de synthèse du PAP Accroître la réactivité des soignants dans le changement du plan de soin informatique : vérifier que l'AS référente ait modifié le plan de soin informatique 15 jours maximum après le changement. Concevoir un Livret thérapeutique de l'établissement et transmission aux professionnels
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> Médecin coordonnateur + IDEC + ergothérapeute IDEC + IDE IDEC + IDE + AS/AMP/AES référente Médecin coordonnateur + IDEC
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> PC de réalisation des EGS Disponibilité des familles et mise en place d'une communication Désigner un soignant référent par résident et vérification de l'IDEC RBP
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> Dans les 3 mois suivant chaque entrée en HP A chaque réunion de synthèse du PAP de chaque résident Renouvellement PAP + 15 jours maximum 1er semestre 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 100% des EGS réalisés à l'entrée + 3 mois Signature des familles CR réunion de synthèse ou PAP Vérification de la mise à jour informatique par l'IDEC Rédaction du livret thérapeutique et transmission aux professionnels médicaux intervenant dans l'établissement <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Nombre de fiches de dysfonctionnement ayant trait à l'accompagnement Audit sur le circuit du médicament
Points de vigilance	<ol style="list-style-type: none"> Prise en compte de la présence des différents professionnels intervenant pour la réaliser dans les temps impartis

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Les membres des familles peuvent être éloignés ou bien travailler rendant difficile leur présence pour la réunion de synthèse. Certains sont également dans un déni ou un sentiment de culpabilité entraînant un évitement. 3. Fonctionnement du soignant référent 4. L'état des connaissances en matière de médicaments et de prescription évolue perpétuellement, le livret doit donc être l'objet d'une mise à jour très régulière
<p>Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. EGS réalisées en équipe pluridisciplinaire 2. Investissement des familles dans l'accompagnement et la prise en soin 3. Définition d'un soignant référent par résident 4. Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°6 ENRICHIR LA QUALITE DES SOINS	
<i>Référent (personne ou institution) : MEDECIN COORDONNATEUR - IDEC</i>	
Constat du diagnostic	<p>Des conventions relatives aux actions de prévention en santé sont signées notamment avec CASSIOPEA. A ce jour, elles ne sont plus vraiment actives.</p> <p>Le suivi des soins bucco-dentaire est difficile en EHPAD du fait de la difficulté à mobiliser les résidents. Par ailleurs, il est complexe de trouver des dentistes intervenant en EHPAD.</p> <p>La pathologie et/ou le manque de motivation des résidents rend difficile le soin. De plus, au quotidien, le nettoyage des dents/appareils n'est pas toujours efficace par manque de collaboration de certains résidents et parfois de temps de la part des soignants.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer les actions de prévention en santé auprès des résidents ainsi que le suivi bucco-dentaire
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> - Réactiver les partenariats avec CASSIOPEA en effectuant la planification des thèmes d'intervention et du calendrier à destination des résidents, familles, personnes âgées, aidants du domicile <ul style="list-style-type: none"> - Signature de la convention avec l'ASEPT Formation des soignants par des professionnels de l'HBD. Traçabilité de l'HBD dans le plan de soin. Organiser un bilan bucco-dentaire à l'entrée du résident par un dentiste au sein de l'établissement.
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> DIRECTRICE- MEDECIN COORDONNATEUR -IDEC – IDE + RESPONSABLE ACTION DE PREVENTION CASSIOPEA ET ASEPT (MEDCO + IDEC = prise de contact CASSIOPEA + ASEPT= proposition de thème et de date DIRECTRICE = validation) Organisme de formation, médecin coordonnateur, IDEC, dentistes partenaires, AS/AMP/AES, IDE
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> Salle pour les interventions Communication auprès des bénéficiaires du domicile (libéraux, CCAS/CIAS, SAAD, mairies...) Signature d'un contrat de formation. Présence régulière (à déterminer) d'une visite de dentiste dans l'établissement pour le bilan d'entrée et le suivi. Implication des soignants dans la mise en œuvre des outils et la traçabilité.
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> Une fois par trimestre à compter du deuxième semestre 2020

	<p>2. Choix organisme de formation premier semestre 2020, définition des dates second semestre 2020 et Formation des professionnels premier semestre 2021</p>
<p>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planning des interventions 2. Signature d'un contrat de formation et émargement formation par les professionnels Nombre de visites du dentiste <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nombre d'actions de prévention : émargement et nombre de participants 4. Augmentation du nombre de soins bucco-dentaire tracés.
<p>Points de vigilance</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi des séances, remobilisation des acteurs, annulations des séances 2. Refus des résidents pour l'HBD, disponibilité des dentistes libéraux pour venir à l'EHPAD
<p>Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actions de prévention au sein de l'EHPAD pour les personnes du domicile 2. Visite régulière d'un dentiste à l'EHPAD Prévention de l'hygiène bucco-dentaire

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N°7 RENFORCER LES COMPETENCES DU PERSONNEL POUR AMELIORER LA QUALITE DU SOIN	
<i>Référent (personne ou institution) : Directrice, RRH, médecin coordonnateur</i>	
Constat du diagnostic	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'EHPAD engage sa politique de bientraitance et de prise en charge au regard de la Méthode Montessori. A ce titre, l'accompagnement quotidien est globalement bien investi par l'ensemble des professionnels, à contrario celui des activités ne l'est pas. 2. Les méthodes d'enseignement et les contenus des formations en IFAS ou en CFP évoluent. En parallèle, une appropriation des pratiques est propre à chaque établissement. 3. L'évaluation de la douleur, malgré les outils à disposition reste quelque chose de complexe et sur ce point est aléatoire.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Encourager les bonnes pratiques professionnelles pour lutter contre la douleur et promouvoir la Bientraitance au travers de la méthode Montessori
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Engager un cycle de formation des soignants aux activités Montessori, en accord avec la politique d'accompagnement et de bientraitance de l'EHPAD. 2. Planifier des réunions d'appropriation des RBP pour harmoniser les pratiques, s'assurer de leur bonne compréhension et application 3. Former une IDE à la prise en charge de la douleur 4. Sensibiliser les IDE à l'utilisation systématique des outils d'évaluation de la douleur
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisme de formation/formateur, directrice, IDEC 2. IDEC, médecin coordonnateur, régulateur d'équipe 3. Directrice, IDE
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Signature du contrat de formation 2. Présence du médecin coordonnateur et/ou du régulateur 3. Inscription à la formation
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cycle de formation à partir de 2021 2. Réunion tous les deux mois pour chaque équipe un mardi + 1/trimestre pour le régulateur 3. Formation effective en 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de personnes formées : Montessori et Douleur 2. Nombre des réunions BPP + Régulation 3. Nombre d'échelles d'évaluation de la douleur utilisées <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des questionnaires de satisfaction des participants aux formations 2. Analyse des questionnaires de satisfaction des résidents

Points de vigilance	<ol style="list-style-type: none">1. Appropriation de la formation par les soignantes, continuité des activités Montessori2. Respect du planning de réunion, présence du médecin coordonnateur et du régulateur3. Utilisation des outils et traçabilité systématiques
Bonnes pratiques à promouvoir	<ol style="list-style-type: none">1. Méthode Montessori2. Prévention de la lutte contre la douleur3. Remobilisation régulière des soignants autour des BPP pour promouvoir la bientraitance.

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°8 ACCROITRE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	
<i>Référent (personne ou institution) : DIRECTRICE, RESPONSABLE DES RESSOURCES HUMAINES</i>	
Constat du diagnostic	<p>La réforme de la formation professionnelle induit une nouvelle forme de plan de compétence désormais individuel.</p> <p>L'établissement à l'heure actuelle ne dispose plus de salarié titulaire du titre d'animateur HAPA. Des rails de transferts sont inexistant dans l'Etablissement. L'architecture rend parfois la manipulation avec les lève-personnes difficile.</p> <p>Les épidémies d'affections hivernales augmentent le nombre d'arrêt maladie et concomitamment de recours aux CDD. Par conséquent les équipes pâtissent du manque de connaissance de l'organisation de travail et des résidents des CDD. La vaccination des professionnels reste trop peu usitée.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Accroître les compétences des professionnels, prévenir et réduire les risques
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place le plan individualisé de développement des compétences via le CPF prévu par la nouvelle réglementation dans le cadre des entretiens professionnels. 2. Déployer un plan de prévention afin de réduire les risques professionnels dont : <ul style="list-style-type: none"> - la formation animateur HAPA pour un binôme de salariés volontaires, - l'installation de rails de transfert dans les chambres - mise en œuvre des bonnes pratiques 3. Réalisation de la campagne annuelle de vaccination du personnel au sein de l'EHPAD.
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Directeur, Responsable des Ressources Humaines, salariés, OPCO, centres de formation 2. Directeur, Responsable des Ressources Humaines, salariés, ergothérapeute, organisme de formation, CARSAT 3. Médecin coordonnateur + IDEC + IDE + salariés
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catalogue des formations éligibles au CPF + Accord de l'organisme de formation (selon pré-requis) + Montage et validation des dossiers avec l'appui de l'OPCO Santé 2. Salariés volontaires + Accord partenariat CARSAT + Accord organisme de formation 3. Vaccins + Médecin coordonnateur/ide
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2020-2025 2. Choix des animateurs HAPA au 1^{er} semestre 2020 + Formation Animateur HAPA au 2^{ème} semestre en 2020 + Formation des équipes aux bonnes pratiques de mobilisation et manutention en S2 2020 et S1 2021. 3. Annuel (période hivernale)

Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de formation 2. Nombre de salariés formés 3. Pourcentage de salariés soignants vaccinés <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 90 % des professionnels ayant eu une formation sur les 5 ans. 2. + 10 % de professionnels vaccinés par an pour atteindre 60 % des salariés vaccinés.
Points de vigilance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prise en charge par l'OPCO des heures de formation car le CPF ne finance que la pédagogie (organisme de formation). 2. Participation financière de la CARSAT pour le plan de prévention 3. Motivation et autonomie des animateurs HAPA 4. Disponibilité des vaccins
Bonnes pratiques à promouvoir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inciter les salariés à bien préparer leur entretien professionnel en mettant à leur disposition une trame. 2. Binôme d'animateur HAPA 3. QVT et prévention des risques professionnels (TMS...) 4. Plan de communication incitatif + Vaccination sur le lieu de travail Politique de prévention des épidémies hivernales

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE DE SERVICE ET INNOVATION

Fiche Action N°9 ETENDRE L'OFFRE DE SERVICE	
<i>Référent (personne ou institution) : GERANT, DIRECTRICE, MEDECIN COORDONNATEUR, IDEC</i>	
Constat du diagnostic	<p>Le contexte gériatrique est en pleine évolution concernant la prise en charge de la dépendance. Les axes des politiques publiques vont dans le sens de la volonté des personnes âgées à rester à domicile le plus longtemps possible.</p> <p>Ainsi ces dernières arrivent en EHPAD de plus en plus âgées et dépendantes.</p> <p>Dans ce contexte, l'EHPAD doit devenir un réel acteur territorial en s'investissant dans le domicile et en proposant des services diversifiés en interne et en externe.</p>
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer depuis l'EHPAD une plate-forme de services
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1. Créer une résidence autonomie avec une possibilité de prise en charge médicale par la télémédecine. Ceci en lien avec les acteurs du territoire en utilisant la complémentarité des ressources de l'EHPAD 2. Permettre à l'EHPAD de devenir un centre ressource de proximité : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ateliers de prévention en santé et thérapeutiques à destination des personnes âgées du domicile et/ou de leurs aidants. ✓ Sécurisation des nuits au domicile par des couchers tardifs et/ou un accompagnement pour réduire les angoisses nocturnes avec la possibilité d'un hébergement d'urgence de nuit. ✓ Conseils et aide à l'aménagement du domicile en lien avec le CICAT 3. Création d'un PASA au sein de l'établissement pouvant accueillir 12 résidents.
Identification des acteurs à mobiliser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gérant, Directrice, Entreprises du BTP 2. ARS, Directrice, Médecin coordonnateur, IDEC, Ergothérapeute, SAAD, SSIAD, Libéraux, partenaires du territoire dont PTA, aidants, CICAT 3. ARS, Directrice, Médecin coordonnateur, IDEC, Ergothérapeute, Psychologue, ASG
Moyens nécessaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation d'un ensemble de travaux 2. Obtention de l'appel à projet ARS « EHPAD pôle de proximité » Recrutement de 2 AS de nuit 3. Obtention d'une autorisation d'ouverture de PASA Recrutement psychologue et ASG
Calendrier prévisionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2024 2. 2020 3. 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Devis acceptés, réalisation des travaux. 2. Nombre d'ateliers thérapeutiques et de prévention réalisés Nombre de participants à chaque atelier Nombre de personnes bénéficiant de la sécurisation des nuits

	<p>Nombre d'intervention pour l'aménagement du domicile</p> <p>3. Recrutement des professionnels pour le PASA Nombre de résidents bénéficiant du PASA</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>1. Taux de remplissage des appartements Taux de recours à la télémédecine</p> <p>2. Satisfaction des aidants du domicile Satisfaction des personnes participant aux ateliers Nombre de participation des personnes aux ateliers</p> <p>3. Analyse du suivi par le biais des transmissions des résidents bénéficiant du PASA</p>
Points de vigilance	<p>1. Faisabilité des travaux</p> <p>2. Communication sur les ateliers et la sécurisation des nuits avec les partenaires du domicile</p> <p>3. Sélection des résidents et des groupes</p>
Bonnes pratiques à promouvoir	<p>1. Diversification des services, utilisation de la télémédecine</p> <p>2. Faire entrer le domicile à l'EHPAD et vice versa Favoriser le maintien à domicile et le parcours de soin de l'utilisateur.</p> <p>3. Prise en charge non médicamenteuse des MND</p>

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

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

Sans objet

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	Nbre d'actions de formation en commun/an	2/an	1	1	1	2	2	
	Nbre de groupes échange de pratique/an	2/an	1	1	1	2	2	
	Nbre d'appel à projet communs s/5ans	5 sur le CPOM	1	1	1	1	1	
Fiche action n° 2	Nbre Animations en commun/an	3/an	2	2	2	3	3	
	Nbre de groupe échanges de pratiques/an	2/an	1	1	1	2	2	
Fiche action n° 3	Nbre de réunions abordant le sujet/an	2/an	1	1	1	2	2	
	Nbre de CR de réunions direction et équipes mentionnant le sujet	6/an	3	4	5	6	6	
	Augmentation du nbre des dysf. Déclarés	+ 30 % en 5 ans	+ 5%	+15%	+20%	+25%	+30%	
Fiche action n° 4	Nbre de conventions signées	+ 20 %/5ans	+ 5 %	+10%	+10%	+15%	+20%	
	Nbre de recours	+ 30 %/5ans	+ 5%	+15%	+20%	+25%	+30%	
	% EGS réalisées à l'entrée + 3 mois	100 %/5 ans	20%	40%	60%	80%	100%	
Fiche action n° 5	% signature CR réunion de Synthèse PAP	+30 %/5 ans	+ 5%	+15%	+20%	+25%	+30%	
	Rédaction du livret thérapeutique	1	0	1				
	Nbre de FDD pour l'accompagnement	+ 30 %/5ans	+5%	+10%	+15%	+20%	+30%	

	Régularité des FDD									
Fiche action n° 6	Nbre d'actions de prévention/an % de soins bucco-dentaires tracés	1/an 100 %/ 5 ans	1	1	1	1	1	1	1	1
Fiche action n° 7	Nbre de personnes formées Montessori et douleur/an	10/ an	3	5	7	8	10			
	Nbre réunions BPP/an	8/an	2	4	5	6	8			
	Nbre échelles évaluation douleur/an	20/an	5	10	15	20	20			
Fiche action n° 8	Plan de formation réalisé tous les ans	1/an	1	1	1	1	1			
	Nbre de salariés formés/an	Tous	10	10	10	10	10			
	% de soignants vaccinés	60 %/5ans	+ 5%	+15%	+20%	+25%	+30%			
Fiche action n° 9	Résidence autonomie créée	1	0	0	0	0	1			
	EHPAD Centre ressources	1	0	1	0	0	0			
	Création d'un PASA	1	1	0	0	0	0			

Chapitre I. Abrégé du rapport

1.1.1. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION INTERNE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
La mise en œuvre de l'évaluation interne	De nombreuses fiches actions sont adaptées et réalisées La dynamique d'amélioration est présente à tous les niveaux de l'établissement (écrits, transmissions, méthodes)	Un document décalé dans le temps et les préconisations entre l'évaluation et l'écriture du rapport	Structurer la démarche d'évaluation interne avec un référentiel « stabilisé » et partagé
Démarche qualité et l'amélioration continue	Documents obligatoires Dynamique d'amélioration continue engagée Procédures et protocoles nombreux et partagés	Formalisation des pratiques et comptes-rendus permettant la traçabilité	Différencier, au niveau des professionnels, le traitement des événements indésirables et les fiches de non conformité en ayant une démarche non de sanction mais d'amélioration continue
Le suivi des résultats de l'évaluation interne	Les éléments de l'évaluation interne ont été réinterrogés dans le cadre du projet d'établissement et intégrés au plan d'actions avec des objectifs opérationnels	La visualisation du suivi et la mesure	Mettre en œuvre un tableau de pilotage des actions avec des indicateurs de résultat

1.1.2. 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 les évaluateurs externes
Appropriation des recommandations	Les recommandations sont intégrées aux réflexions et pratiques		
Mobilisation des recommandations	Les échanges lors des transmissions ou des séances d'analyse de pratiques à partir de situations. Trois référentes actives Montessori	Une attente des professionnels pour l'animation des ateliers Montessori	Poursuivre les formations et les échanges pour rassurer les professionnels lors de l'animation des ateliers Montessori
La Bienveillance	La méthode Montessori déployée sur plusieurs années avec des formations, l'analyse de pratiques, les formations autour de la bienveillance		Adapter les activités (animations) en fonction des capacités des personnes, notamment celles qui sont moins dépendantes

1.1.3. 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	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Le projet d'établissement	Projet d'établissement en cours de validité	Des objectifs de résultat peu apparents	Mettre en place un outil de pilotage (mesure) des axes stratégiques avec des indicateurs de résultat. Le projet

				d'établissement étant très récent, une méthode d'évaluation annuelle du projet est utile pour l'avenir. Cette préconisation rejoint celle de l'évaluation interne
Les caractéristiques de la population accueillie	La population accueillie est suivie et caractérisée Le PATHOS et le GIR maîtrisés et actualisés La politique médicale			
La participation des usagers au projet d'établissement	La parole de l'usager est intégrée dans le projet	Le document est très volumineux et la collecte de la parole ainsi que la place de l'usager dans l'élaboration du projet ne sont pas mises en valeur		Mieux repérer les axes prioritaires vis-à-vis non seulement des équipes mais également des résidents et familles. Cela permettra de mieux piloter le plan d'actions avec des indicateurs de résultat.

1.1.4. L'OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GÉOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ÉCONOMIQUE

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager	Travail avec des intervenants extérieurs avec un certain nombre de conventions de partenariat pour favoriser la rapidité de prises en charge (ex hôpitaux)	Évaluation des partenariats avec les partenaires.	Enquête satisfaction ou mode d'évaluation de la relation conventionnelle auprès des partenaires

Vie culturelle et les animations dans l'établissement	Des animations réfléchies en équipe et proposées (non imposées)	L'animation des ateliers Montessori non encore stabilisée pour les personnes qui animent	Poursuivre les formations et échanges auprès des professionnels afin de les rassurer.
Intervenants extérieurs		Toute relation extérieure est travaillée dans le but de pérenniser les interventions dans la mesure du possible	

1.1.5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Accueil et admission	Le dossier du résident élaboré lors de l'admission est complet et bien structuré Le recueil du consentement éclairé est systématiquement recherché	Alors que le PAP est revu annuellement, un avenant dans le contrat de séjour n'est pas prévu à ce jour afin d'actualiser les objectifs validés dans le PAP	Prévoir l'intégration dans le contrat de séjour (avenant) de la synthèse validée des PAP (avec la signature du résident ou de son représentant légal).
Projet personnalisé	Le projet est rédigé pour chaque personne accompagnée et comporte des priorités d'actions (individualisation de la prise en charge)	La méthode de réévaluation du projet n'est pas déterminée (la mise en œuvre des PAP étant très récente) Le PAP dans le cadre de l'accueil temporaire	Une méthode de réévaluation des PAP doit être posée en intégrant le positionnement de l'établissement par rapport à l'interdisciplinarité et à la place des familles Penser un PAP spécifique pour l'accueil temporaire
Participation des familles	Le questionnaire d'admission	La parole des familles est collectée mais	Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des

	Des manifestations multiples associant les familles	le mode de collecte permet difficilement de mesurer une évolution des demandes, des attentes, des réponses	projets tutorés, devraient être mieux planifiés.
Projet de soins	Tous les dossiers médicaux sont réalisés et sont saisis sous « Médic'or». Ce dossier permet la traçabilité, le parcours du résident et l'intégration des prescriptions.		

1.1.6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Conseil Vie Sociale	Un Président et des usagers impliqués dans la vie de l'établissement et la collecte de la parole	La traçabilité de la collecte en lien avec l'ordre du jour	Décider d'un mode de collecte tracée de l'expression usagers et recueil des attentes en préparation du CVS avant les CVS
Expression des usagers	Modalités d'accueil structurées Ecoute active permanente (position professionnelle) PVI L'hyperréactivité des équipes		Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des projets tutorés, devraient être mieux planifiées.

Dossier du résident	Dossiers tenus et à jour	Pas de méthode de vérification régulière	Organiser un mode de vérification des dossiers sur une base régulière (type prélèvements) et ce en pluridisciplinarité
---------------------	--------------------------	--	--

1.1.7. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Dossier de l'utilisateur	Dossier complet, structuré et à jour		
Formation du personnel	La formation bien traitée et la formation Montessori dans le temps Des référents thématiques La prévention et les soins de prévention Le livret d'intégration Les entretiens annuels d'évaluation avec les conséquences sur : le plan de formation, les fiches de poste, la qualification des personnels	Relevé des incidents en vue d'améliorer les pratiques Evaluation des pratiques professionnelles	Mettre en place un système de vigilance pour le relevé d'incidents et enregistrer les solutions et mises en place (traçabilité de la résolution de problème dans le cadre de l'amélioration continue) Prévoir : L'évaluation des pratiques professionnelles Les indicateurs épuisement... La Mobilisation DP sur des thématiques précises
Gestion prévention des risques	Connaissance de la bienveillance Fiche ARS à disposition du personnel Plans nationaux suivis avec risques	Document gestion des risques et DU Risques professionnels	Finaliser le DU pour septembre 2014

<p>Continuité et cohérence des actions</p>	<p>hygiène, incendie</p>		
	<p>La lettre d'information La coordination et présence de la directrice Informations immédiates en coordination - transmissions Le projet de soins Le MEDEC et les principes éthiques appliqués</p>	<p>La culture de l'oral et la traçabilité</p>	<p>Traçabilité à développer autour des pratiques</p>

Chapitre II. Appréciation globale de l'évaluateur

Cet établissement est marqué par un virage depuis l'arrivée de sa directrice.

En peu de temps elle a réussi à structurer l'organisation, apporter un cadre de travail sécurisant et bienveillant, développer une approche innovante dans l'accompagnement de la personne âgée, former le personnel et entreprendre un programme de travaux pour un établissement quelque peu « oublié » dans sa politique d'investissement.

Aujourd'hui ce travail porte déjà ses fruits avec des résultats visibles et identifiés tant par les résidents, les familles que le personnel.

IL conviendra de suivre les pleins effets à moyen et long terme.

Le pari est déjà gagné pour ce qui est de l'individualisation de la prise en charge et de la bienveillance.

Chapitre III. Commentaires de l'établissement

Sur le déroulé de l'évaluation externe :

- La préparation a été effectuée avec soin :
- Le processus a été présenté et discuté en amont tant sur l'organisation que le contenu et le déroulement.
- Le rétro-planning des rencontres a été organisé en tenant compte des enjeux et de la nature des parties prenantes.
- Le déroulement s'est effectué de manière transparente et fluide :
- Les documents de preuve ont été examinés avec beaucoup d'attention.
- Les entretiens se sont déroulés dans la confidentialité, en laissant libre expression aux interlocuteurs,
- Des précisions et des modifications ont pu être apportées si nécessaire.
- Le contenu du pré-rapport a été examiné conjointement (évaluateur/direction) avec minutie pour les adaptations.

Sur l'écoute et la posture des évaluateurs :

- Les évaluateurs se sont montrés courtois, respectueux envers tous.
- Très à l'écoute lors des rencontres, ils ont su les rendre agréables, rebondir et s'adapter au fur et à mesure de l'avancée dans le déroulement de l'évaluation externe.
- L'organisation sans faille, laisse transparaître la rigueur dans la méthodologie et la conduite de l'évaluation.
- Ils ont su faire de ce moment, qui aurait pu être vécu comme un contrôle, un atout supplémentaire dans l'amélioration des pratiques professionnelles.
- Perception réaliste et objective des processus de management, de réalisation et support.

Sur l'apport dans la recherche d'amélioration continue :

Au terme de l'évaluation externe, il apparaît qu'elle complète avec précision un plan d'action déjà élaboré dans le cadre du projet d'Etablissement.

Comme indiqué dans le contexte, celui-ci a été réalisé de manière à reprendre toute la stratégie institutionnelle ainsi que le management par la qualité afférent.

Aucun champ n'est oublié. Tous les acteurs sont concernés (professionnels, résidents et entourage, partenaires.....)

Ce nouvel audit est précieux pour conforter les orientations futures de l'EHPAD dans la mise en œuvre de la méthode Montessori dans un cadre bienveillant.

V. GERBEAU – 23 juillet 2014

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

Evaluateurs : Patricia BUISSON, Jean-Pierre
GUICHANE

du 20 mai 2014 au 29 juillet 2014

Rapport d'évaluation externe de l'EHPAD Résidence Les Chênes Verts

Table des matières

Chapitre I.	Description de la procédure d'évaluation externe	I-4
1.1.1.	Le contexte et les objectifs de l'évaluation externe :	I-4
1.1.2.	Le déroulement de l'évaluation externe	I-5
1.1.3.	Le rappel des principales recommandations	I-9
Chapitre II.	Présentation de l'établissement « Résidence Les Chênes Verts »	II-11
Chapitre III.	Développement informatif et analyse détaillée	III-13
1.1.	Management et gestion des activités	III-13
1.1.1.	Le Projet d'établissement	III-13
1.1.2.	Organisation – Fonctionnement	III-14
1.2.	La prise en charge de la personne accueillie dans le respect de ses droits	III-16
1.2.1.	Information donnée au public et aux professionnels externes	III-16
1.2.2.	Accueil des résidents et de leur famille et/ou proches	III-17
1.2.3.	Admission	III-18
1.2.4.	Les animations individuelles et collectives	III-20
1.2.5.	Le projet personnalisé et le plan de soin individualisé	III-21
1.2.6.	le dossier médical	III-22
1.2.7.	La sécurisation de la prise en charge	III-22
1.3.	Respect des droits	III-26
1.4.	La gestion des ressources	III-28
1.4.1.	La gestion et le management des ressources humaines	III-28
1.4.2.	La gestion et le management des ressources financières & immobilières	III-30
1.4.3.	La gestion et le management du système d'information	III-30
1.4.4.	La gestion des ressources logistiques	III-31
1.5.	La gestion de la qualité et gestion des risques	III-33
1.5.1.	Le système de management de la qualité et sa mise en œuvre	III-33
1.5.2.	La veille réglementaire, sociale et juridique	III-33
1.5.3.	DARDE, DARI, DUERP, légionellose, incendie	III-34
1.6.	Evaluation interne et dynamique d'amélioration continue	III-34
1.6.1.	L'Evaluation interne	III-34
1.6.2.	le plan d'actions	III-34
Chapitre IV.	Synthèse	IV-36
1.1.	La démarche d'évaluation interne	IV-36
1.1.1.	La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS	IV-36
1.1.2.	Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'ESSMS	IV-36
1.2.	Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement	IV-37
1.2.1.	Le Projet d'Etablissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif	IV-37
1.2.2.	L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;	IV-37
1.2.3.	L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) ;	IV-37
1.2.4.	Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (application des bonnes pratiques soins, hygiène, sécurité)	IV-38

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

1.2.5.	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 ; la prise en compte des facteurs de risques et d'insécurité	IV-38
1.2.6.	Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant de caractériser le profil de la population accompagnée ;	IV-38
1.2.7.	La capacité de l'établissement à assurer la cohérence et la continuité des actions	IV-39
1.2.8.	La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS ;	IV-39
1.3.	Ouverture de l'établissement à son environnement socioculturel et économique	IV-39
1.3.1.	L'ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique,	IV-39
1.3.2.	La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;	IV-39
1.3.3.	Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ;	IV-40
1.3.4.	Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées	IV-40
1.4.	Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers	IV-40
1.4.1.	Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés,	IV-40
1.4.2.	Les modes de participation des usagers	IV-40
1.4.3.	Le rythme d'actualisation du projet personnalisé	IV-40
1.4.4.	Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant	IV-41
1.4.5.	La prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers	IV-41
1.4.6.	Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ;	IV-41
1.5.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	IV-41
1.5.1.	Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité ;	IV-41
1.5.2.	Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables	IV-42
1.5.3.	La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ;	IV-42
Chapitre V.	Abrégé du rapport	V-43
1.5.4.	La démarche d'évaluation interne	V-43
1.5.5.	La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'ESSMS.	V-44
1.5.6.	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.	V-44
1.5.7.	L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique	V-45
1.5.8.	Personnalisation de l'accompagnement	V-46
1.5.9.	L'expression et la participation individuelle et collective des usagers	V-47
1.5.10.	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques	V-48
Chapitre VI.	Appréciation globale de l'évaluateur	VI-50
Chapitre VII.	Commentaires de l'établissement	VII-51
Chapitre VIII.	Annexes	VIII-52

Chapitre I. Description de la procédure d'évaluation externe

1.1.1. LE CONTEXTE ET LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION EXTERNE :

La réforme de l'action sociale, initiée par la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 et poursuivie par la loi du 21 juillet 2009, dite « Hôpital, Patients, Santé Territoire », prévoit que tous les établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Les évaluations menées sont de deux types :

- 1) Les évaluations internes, réalisées par l'établissement ou le service.
- 2) Les évaluations externes, réalisées selon le cahier des charges établi par décret N°2007-975 par un organisme habilité par l'ANESM.

Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Ces évaluations se font au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'ANESM.

Pour rappel et de manière non exhaustive, l'évaluation externe s'appuiera notamment sur :

- **Les textes réglementaires : code de l'action sociale et des familles, les lois et décrets**
- **Les orientations des autorités compétentes (les schémas, programmes et plans) ainsi que les dispositifs spécifiques,**
- **Les guides et chartes publiés dans le secteur,**
- **Les recommandations publiées par l'ANESM**

Selon le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes (décret 2007-975), l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse. Cette évaluation doit permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits au regard des objectifs en référence aux finalités prioritairement définies pour l'action publique.

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

L'évaluation tient compte des résultats des démarches d'amélioration continue de la qualité que peuvent réaliser les établissements et services.

L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficience, en considération du contexte observé.

Elle implique un diagnostic partagé, la construction d'un cadre de référence spécifique d'évaluation, le choix d'outils de mesure et d'appréciation adaptés. Elle repose sur la mobilisation des partenaires concernés aux différentes étapes de la démarche évaluative.

L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques.

Les objectifs de l'évaluation externe sont de :

- *Porter une appréciation globale sur l'activité et la qualité des prestations de l'établissement ou du service au regard des droits des usagers et au regard de son ouverture sur son environnement*
- *Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne menée par l'établissement ou le service*
- *Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques*
- *Elaborer des propositions et / ou préconisations*

1.1.2. LE DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION EXTERNE

L'évaluation externe a pu se dérouler conformément aux attentes précisées établies par le cahier des charges prévu par le décret 2007-975.

Le recueil documentaire a débuté en amont du diagnostic avec une récupération et un envoi de documents comme convenu. Au support de l'évaluation interne, rapport d'évaluation interne, plan d'actions issu de l'évaluation interne et organigramme le projet d'établissement,

La plupart des documents ont été complétés par des consultations sur place.

Des entretiens individuels ou à deux ont été organisés du fait de l'organisation de l'établissement.

Le projet d'établissement est celui qui a été finalisé en avril 2014 et qui porte sur la période 2014-2019. L'évaluation interne s'est déroulée en 2009 par une précédente direction mais le rapport a dû être écrit et finalisé en novembre 2013 par la direction actuelle en fonction des éléments retrouvés.

Les rencontres sur site ont concerné chaque catégorie de personnel :

- ✓ **Le gérant**
- ✓ **La directrice**
- ✓ **Le Président du CVS**
- ✓ **L'infirmière référente et les IDE dont les référentes DPI et nutrition**

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

- ✓ Le médecin coordonnateur
- ✓ La maîtresse de maison
- ✓ Les AMP dont les référentes hygiène, Montessori, déléguée du personnel
- ✓ Des résidents (8 entretiens individuels)
- ✓ Des ASH dont la référente blanchisserie
- ✓ La responsable des cuisines
- ✓ Le consultant RH
- ✓ L'assistante qualité
- ✓ L'assistante de gestion chargée de l'accueil

Ces rencontres ont duré de 40 minutes à 2 heures.

Annexe : planning de l'évaluation des 04, 12 et 23 juin 2014.

Elles ont été complétées par :

- Des consultations de dossiers d'usagers (partie administrative), de projets de soins, et de projets personnalisés.
- Des prélèvements de dossiers d'usagers (partie administrative et partie médicale) et de projets personnalisés. Cependant la lecture des dossiers a été faite en fonction d'une grille proposée par les évaluateurs et les vérifications ont été réalisées par les personnels de l'établissement en charge de ces dossiers (les évaluateurs ont respecté la confidentialité des écrits, seule le respect des procédures et des engagements de l'établissement ont pu être vérifiés).
- Les comptes-rendus de réunions ont été vérifiés
- Les affichages, conventions, procédures et protocoles ont été récupérés et vérifiés
- Des temps collectifs d'animation, les repas, le stockage du linge et des médicaments (ainsi que leur distribution) ont pu être vérifiés
- La dernière demi-journée sur site a été consacrée en partie à l'analyse d'un registre spécifique portant sur les projets de vie individualisés et le dossier du résident. Cette analyse, à partir de prélèvements, a permis de constater, d'analyser et de préconiser autour du thème. Des préconisations échangées sont reprises dans le document d'évaluation externe

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

- Le logiciel MEDIC'OR et son utilisation ont pu être vérifiés, ainsi que le logiciel informatisé du Projet d'Accompagnement Informatisé du résident et les modes de fonctionnement des transmissions.

Nous pouvons noter que nous avons eu accès à tous les espaces de l'établissement ainsi qu'à certains documents, que le personnel a participé spontanément aux entretiens et que notre démarche d'évaluation a pu s'inscrire dans une démarche permanente d'amélioration en particulier à l'occasion des entretiens avec la direction.

La 3^{ème} journée a permis de réaliser des prélèvements sur les Projets d'Accompagnement Personnalisés reliés au Dossier Patient Informatisé avec l'infirmière référente DPI. Cela a permis d'initier une pratique de prélèvements pour alimenter les futures évaluations internes

La fin de journée a permis de faire un « point-synthèse » avec la direction afin de valider ou de compléter les observations et analyse. Un diaporama de synthèse à chaud sur les items de la synthèse a été présenté à la direction afin de présenter les premières conclusions et d'apporter les premiers éléments d'orientation du pré-rapport.

Phase 1 : Cadrage et préparation

Objectifs :

- Poser le cadre en termes d'objectifs, de moyens et d'échéances pour aller dans la même direction que l'établissement concerné
- Etablir les modalités concrètes de la réalisation de l'évaluation externe
- Constituer le projet évaluatif afin de définir le cadre de référence spécifique de l'évaluation externe et d'adapter le déroulement de la visite au cadre de référence

Contenus du cadrage et de la préparation :

➤ Cadrage du projet

- Définir le contexte de l'évaluation externe
- Lister les documents que doit fournir l'établissement et collecter les données suivantes :

☉ Audit des documents, protocoles, pratiques en appréciant leur existence selon la grille :

Il est important de souligner que tous les documents réclamés dans le cadre de l'analyse documentaire ont été adressés ou donnés aux évaluateurs, rendant la tâche d'analyse préalable complète et aidante pour s'approprier les spécificités de l'EHPAD.

- Le rapport d'évaluation interne de 2008-2009 écrit en novembre 2013
- Les rapports d'activité et financiers de 2012 et 2013 avec le CA
- L'avis de la commission sécurité (PV)
- Les tableaux des effectifs et le référentiel métier
- Les classeurs qualité avec : la politique qualité, la cartographie des processus, les procédures, les protocoles
- Les procès verbaux des CVS de 2013, ainsi que les PV
- L'enquête de satisfaction : classeurs et mémoires d'étudiants
- Le livret d'accueil et les conventions
- Le règlement de fonctionnement
- Le contrat de séjour
- Le plan de formation
- Le projet d'établissement d'avril 2014
- Les modèles de Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et de Dossier Informatisé du Résident sur Medic'or

L'évaluation recherche d'abord l'impact des pratiques davantage que la qualité du système documentaire. Il est donc nécessaire d'objectiver les effets obtenus. Lors de la phase 2, l'évaluation s'attachera à mesurer et comprendre la capacité de l'établissement à produire les effets attendus.

Phase 2 : Observation et analyse

Objectifs :

- ☉ *Etudier les recommandations de l'ANESM appliquées au sein de l'établissement ainsi que, les différentes procédures mises en place et supports de travail*
- ☉ *Rechercher les éléments de réponse au questionnaire évaluatif préalablement défini afin de comparer les réponses avec celles de l'évaluation interne.*

Le questionnement s'appuie sur les thématiques posées dans le décret du 15 mai 2007.

Un planning est préalablement défini dans le projet évaluatif.

Les entretiens se déroulent sur le site et sont adaptés selon les contraintes.

Phase 3 : Synthèse

Objectifs :

- Analyser les écarts et les conformités par rapport au projet évaluatif
- Formuler des propositions ou des pistes d'amélioration concernant uniquement le cadre de l'évaluation externe
- Rédiger le pré-rapport
- Valider le pré-rapport
- Rédiger le rapport final, la synthèse et l'abrégé de l'ANESM.

Structure du rapport proposé

Le rapport final reprendra les différentes étapes de l'évaluation externe :

- ✓ La présentation de l'établissement,
 - ✓ La description de la procédure d'évaluation externe,
 - ✓ Les résultats de l'analyse détaillée,
 - ✓ La synthèse définissant, pour chacun des objectifs, l'efficacité, l'efficience et la dynamique des actions mises en place ainsi que les préconisations et les actions d'amélioration
- Valider le rapport

1.1.3. LE RAPPEL DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

L'évaluation externe a été réalisée en prenant en compte les recommandations suivantes de l'ANESM :

- ▶ Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
- ▶ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008)
- ▶ Mission du responsable d'établissement et le rôle d'encadrement dans la prévention de la maltraitance (décembre 2008)
- ▶ Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)
- ▶ La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009)

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

- ▶ Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- ▶ Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- ▶ Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- ▶ Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement (février 2011)
- ▶ Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (septembre 2011)
- ▶ Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD (janvier 2012)
- ▶ Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement personnalisé du résident (septembre 2012)

Chapitre II. Présentation de l'établissement « Résidence Les Chênes Verts »

L'EHPAD privé les Chênes verts jusqu'au 01 février 2012 était géré par le groupe Colysée patrimoine sous la marque « les Jardins de Cybèle ». Depuis cette date, une autonomie de gestion est retrouvée en toute indépendance.

Reprise en gestion propre par la SARL Les chênes verts dont le gérant est Monsieur Lafon, la directrice de l'établissement est Madame Gerbeau depuis le 17 septembre 2012.

En résumé, au fil des 25 années l'Etablissement s'est agrandi de 56 à 69 places et a changé 3 fois de propriétaire.

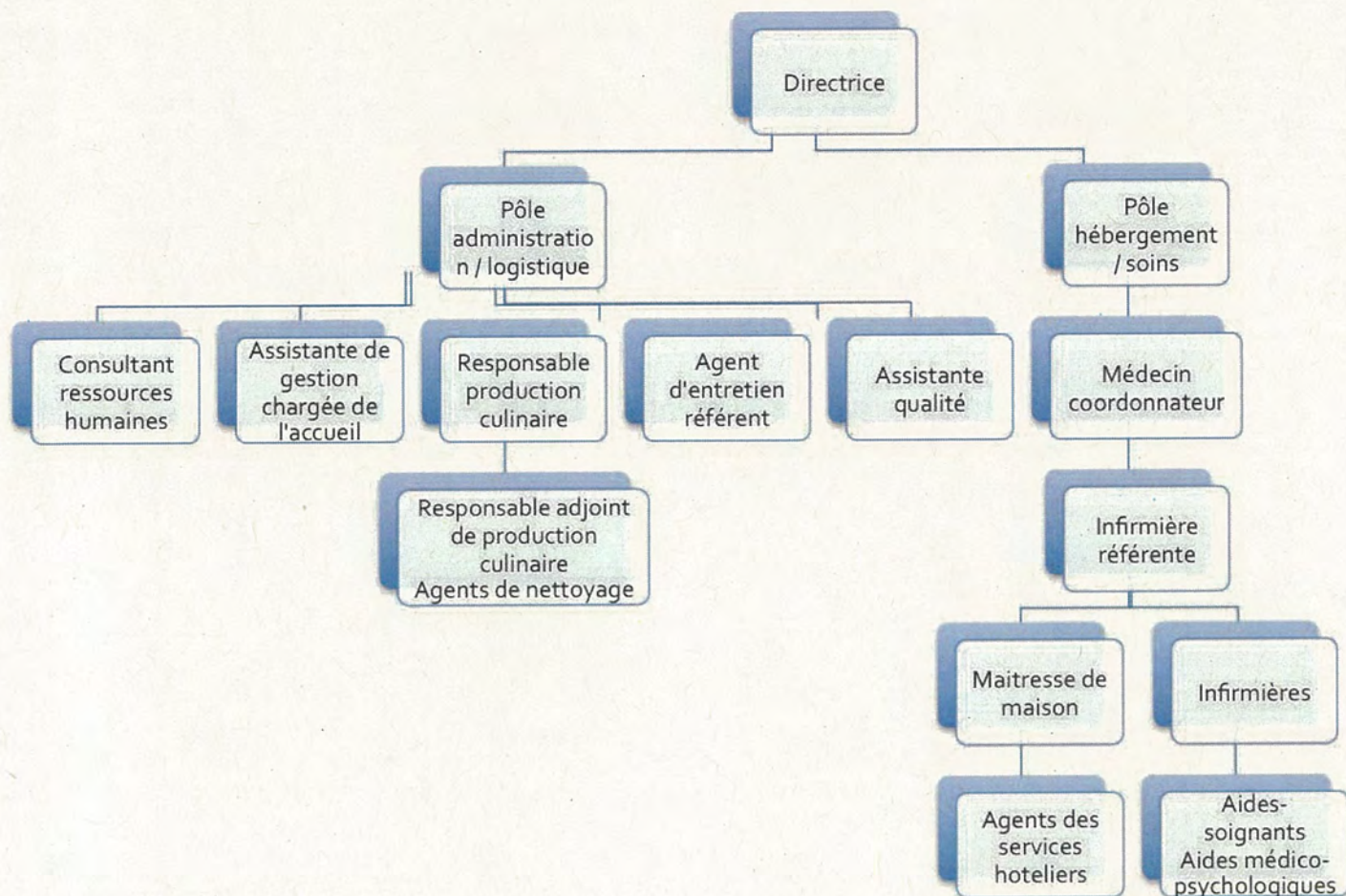
L'EHPAD les chênes verts est sous statut privé à caractère commercial relevant de la catégorie plus générale des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, régie par les articles L312-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Structure médico-sociale, l'EHPAD accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), plus ou moins dépendantes en perte d'autonomie totale ou partielle. L'entrée est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur. Ce dernier doit en effet s'assurer que l'état de santé et le degré de dépendance du demandeur sont en adéquation avec les capacités matérielles et humaines de l'établissement.

Le statut d'EHPAD créé en 2002 signifie que l'établissement offre un suivi médical renforcé (médecin coordonnateur, professionnels de santé ...). Les personnes accueillies sont valides, semi valides ou dépendantes tant sur le plan physique, physiologique que psychologique car elles peuvent également présenter des pathologies et des troubles de l'orientation.

L'EHPAD les Chênes verts accueille de manière continue 69 résidents : 66 en hébergement permanent et 3 en hébergement temporaire. A l'entrée, les résidents proviennent majoritairement de Dordogne, à hauteur de 90%. C'est donc un établissement de proximité.

La convention tripartite conclue avec effet du 1er janvier 2008 entre le Conseil Général, la DDASS (aujourd'hui ARS) et l'Etablissement s'inscrit également dans la loi 2002-2. A ce jour, la structure est dans l'attente du renouvellement de cette convention. Il aurait dû avoir lieu en début d'année 2013.



Avec des référents de domaine

- Méthode Montessori
- Hygiène
- Blanchisserie
- Produits de la Dépendance
- Nutrition
- DPI

Chapitre III. Développement informatique et analyse détaillée

Extrait du décret 2007-975 du 15 mai 2007

Le diagnostic de situation réalisé doit éclairer sur le projet, les buts poursuivis et l'organisation mise en place ; il apporte une synthèse des connaissances existantes et dégage des connaissances nouvelles.

La présentation doit distinguer les analyses consécutives aux informations collectées et celles utilisant les méthodes d'interprétation des données

1.1. Management et gestion des activités

1.1.1. LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Constats

Le projet d'établissement a été approuvé par le Conseil de la Vie Sociale (C.V.S.) du 13 mai 2014. Il intègre les orientations des politiques sociales et médico-sociales. Elles ont été présentées, dans les grandes lignes au C.V.S. Le projet comprend des objectifs en lien avec le droit des usagers. L'assistante qualité a participé à tous les groupes de travail ainsi qu'à l'écriture et à la validation avec la ou les personnes référentes (coécriture). Il a été écrit à l'aide du référentiel 24

Le pilotage de l'établissement est fait à l'aide de tableaux de bord, financiers d'une part (avec les budgets et les dépenses) que l'on retrouve dans le rapport d'activité présenté lors des vœux avec le rapport social. Ils semblent pertinents en regard des moyens humains et financiers en place, les décisions étant préparées et rapides.

Les objectifs opérationnels prioritaires issus des orientations stratégiques sont définis. La démarche de conduite de projet est utilisée même pour des projets d'animation ce qui permet de présenter des modalités de mise en œuvre sous la forme de plans d'actions. Les objectifs sont mesurables et sont rappelés dans des fiches actions structurées.

L'établissement évalue l'atteinte des objectifs et de leurs effets. D'autre part, la politique managériale a été posée comme participative et a associé les usagers, les familles, les professionnels et intervenants lors de l'élaboration du projet d'établissement. Les rôles de la direction, des instances délibératives et consultatives et des responsables apparaissent et correspondent à la mise en œuvre. L'ensemble du personnel ainsi que les instances représentatives (personnel, CVS) ont bénéficié d'actions d'informations sur la définition des orientations stratégiques

3 types de réunions sont organisées dans l'établissement : réunions de direction avec RH, médecin, assistante gestion, assistante qualité, infirmière référente, maitresse de maison pour informer et échanger sur tout. A partir de ces réunions, la directrice fait le bilan d'activité avec des comptes

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

rendus structurés et suivis ; puis les réunions de délégués du personnel 1 fois par mois ; enfin les réunions de CVS. Lors de ces réunions, la direction transmet toutes les informations sur les orientations et l'avancement du projet.

Enfin, le projet d'établissement pose bien l'évolution des personnes accueillies.

Analyse

Pour réaliser l'analyse, nous avons repris les comptes-rendus des réunions de contenus mais également ceux des instances, le projet d'établissement, les résultats d'enquête, les indicateurs de suivi.

Le projet d'établissement correspond bien à ce qui est recommandé.

Deux remarques cependant peuvent être formulées :

- Le projet est un document imposant de 183 pages avec les fiches actions (une centaine de pages sans les annexes). Il correspond au résultat souhaité par la direction qui a voulu reprendre les fondements des missions, les principes d'intervention, redonner du sens à des équipes travaillant dans une organisation incertaine. Cette « lourdeur » est justifiée également par le fait d'avoir posé toutes les fondations pour et avec les professionnels, de faire un « outil référence ». Une extraction du projet (une vingtaine de pages) porte sur les axes stratégiques déclinés en plan d'action. Enfin, le travail sur le projet a permis de mettre à jour l'évaluation interne qui datait de 2008-2009. Il pourrait, à l'avenir, devenir plus lisible par des personnes extérieures à ce travail.
- Les indicateurs des fiches actions sont très opérationnels et pourraient être prolongés en indicateurs de résultats ou de niveau à atteindre.

1.1.2. ORGANISATION – FONCTIONNEMENT**Constats**

La direction de l'établissement est assurée par Madame Gerbeau depuis 2012. L'équipe de direction est composée d'un médecin coordonnateur (MEDEC) à temps partiel et d'une infirmière référente en cours de formation d'infirmière coordinatrice (IDEC) à temps plein. D'autre part, la maîtresse de maison a un rôle important dans l'animation collective. Le médecin coordonnateur est en poste depuis longtemps et assure un repère précieux aux équipes et aux résidents.

Le médecin coordonnateur remplit aujourd'hui toutes ses fonctions, notamment de promotion des bonnes pratiques professionnelles (formations des équipes en interne et avec les professionnels de santé exerçant dans l'établissement, vérification des données entrées ou pas par les confrères dans

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

le logiciel par exemple). Il assure également une rigueur dans l'encadrement des actes de prescription avec des principes et/ou valeurs défendues (contention, surcharge médicamenteuse) portant une politique médicale de prévention très développée avec des effets notés.

La restauration est internalisée depuis janvier 2014 et permet ainsi une souplesse dans la production et une adaptation aux goûts et besoins des résidents. Les familles et les proches sont invités à partager les repas des résidents. La carte est également étudiée en fonction des indications de diététique.

Le linge est traité en interne avec une procédure rassurante pour les résidents.

Analyse

L'organisation et le temps de travail journalier ont été modifiés lors de l'arrivée de Madame Gerbeau avec l'appui d'un consultant RH toujours présent dans l'établissement à hauteur de 5 demi-journées par semaine.

Le management est participatif et a été facilité par la mise en formation puis en action de l'approche Montessori qui a un effet assez positif sur la cohésion de l'équipe autour du résident. Cette approche défendue dans le projet d'établissement est affichée et appliquée dans l'établissement.

Dans le même temps le management est ciblé sur l'adhésion aux valeurs de l'établissement, le respect des incontournables lié à la prise en charge des personnes et la conformité des obligations réglementaires.

Il convient de souligner la tenue rigoureuse des dossiers administratifs, concernant les personnels et les résidents, assurée par l'ensemble de l'équipe, chaque personne étant investie dans la partie qui lui est réservée.

Les fiches de postes et de fonction sont non seulement connues mais affichées et donc consultables. Les professionnels y font référence car elles sont à jour et sont utiles aux entretiens d'évaluation annuels.

Nous qualifions l'organisation de réactive dans le sens où, lors d'un événement, d'une situation problème, d'une interrogation d'un résident, d'une famille ou des professionnels, l'établissement met une réflexion/action en place. Cela a permis d'engager plusieurs grands chantiers à la fois depuis 2 ans. Nous observons ce fonctionnement avec le tableau « plan d'actions » du projet d'établissement qui liste toutes les actions à réaliser. Cependant, nous pensons qu'il sera important à l'avenir de mieux repérer les axes prioritaires vis-à-vis non seulement des équipes mais également des résidents et familles. Cela permettra de mieux piloter le plan d'actions avec des indicateurs de résultat.

1.2. La prise en charge de la personne accueillie dans le respect de ses droits

1.2.1. INFORMATION DONNÉE AU PUBLIC ET AUX PROFESSIONNELS EXTERNES

INFORMATION DONNÉE AU PUBLIC

Constats

Les documents institutionnels (contrat de séjour et règlement de fonctionnement) définissent les droits et devoirs de chacune des parties. Ces documents sont clairs et informent les résidents et leur famille. Tous les documents à destination du public sont affichés.

Le livret d'accueil est informatif, complet et tourné vers les familles ou résidents en capacité de lire et comprendre le document. Le règlement de fonctionnement est complet.

La pré admission est structurée ainsi que l'admission (visites, dossier). La validation ou invalidation médicale du dossier est soumise à l'examen du document de pré admission médical par le MEDEC (sauf patients fugueurs ou très violents). L'établissement accepte les patients Alzheimer, sans pavillon spécifique et sans contention.

Une visite de l'établissement est systématiquement proposée.

Une information sur les droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles ainsi que les voies de recours est écrite et présentée aux familles et résidents.

Les résidents ont le libre choix entre les prestations adaptées qui leur sont offertes.

La confidentialité des informations est respectée ainsi que les conditions d'entretien et d'examen si les portes restent fermées lors de ces entretiens.

Les informations des animations, des événements et des menus ainsi que des travaux sont affichées.

Les familles sont informées tous les mois avec la facturation et la lettre ce qui permet d'affirmer la transparence de la direction soulignée à plusieurs reprises à la fois par les familles et résidents ainsi que par les professionnels.

Analyse

L'information utile est bien fournie aux personnes en particulier les prestations existantes au sein de l'établissement. La procédure d'accueil, prévue dans le plan d'actions de l'établissement, est à écrire. Cela doit permettre de faire participer le représentant légal ou un proche du résident à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement.

Les dossiers d'admission devront, pour la prochaine évaluation interne et après l'écriture de la procédure d'accueil, être vérifiés régulièrement par prélèvement.

INFORMATION DONNEE AUX PROFESSIONNELS EXTERNES

Constats

Les conventions avec les médecins libéraux, peu nombreux, et les kiné ne sont pas signées.

Analyse

Un partenariat diversifié a été entrepris en particulier avec des professionnels de proximité. Chacun est positionné dans le cadre du projet de la personne.

1.2.2. ACCUEIL DES RÉSIDENTS ET DE LEUR FAMILLE ET/OU PROCHES

ACCUEIL

Constats

L'accueil situé à l'entrée est un sas incontournable et agréable tant pour les résidents qui apprécient que pour les familles.

Une fiche contact est établie systématiquement à l'accueil. Un tableau informatique systématique classe l'hébergement temporaire de 3 lits d'une part et l'hébergement permanent d'autre part. Le dossier est constitué des mêmes pièces. La remise des documents est notée dans le dossier du résident.

Analyse

Les familles, assez présentes à leur convenance peuvent trouver un interlocuteur facilement dès leur arrivée. Ce lieu est aussi un lieu de rencontres très convivial entre intervenants, direction, accueil, résidents, familles.

LA PRE-ADMISSION

Constats

Le directeur a de nombreux contacts avec les partenaires. Le processus d'admission est clair. Le taux d'occupation optimum dénote d'une bonne image de l'établissement. Le directeur essaie d'apporter une réponse à chaque demande de famille lorsque le besoin d'admission est imminent. L'accueil temporaire est proposé pour certaines situations par l'établissement.

Analyse

Dans la procédure bien structurée, le réseau partenarial de la directrice joue un rôle important. L'établissement jouit par ailleurs d'une image d'établissement qualitatif. Le prix de journée élevé

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

amène la directrice à mettre en place une politique de pré-admission et d'accueil de grande qualité, une relation de confiance rapide avec les familles.

1.2.3. ADMISSION**ACCUEIL ET ADMISSION**

Constats

Les résidents arrivant dans la structure proviennent pour l'essentiel d'une zone géographique proche : 90% proviennent de Dordogne, en majorité des femmes (en progression depuis deux ans). L'âge moyen des résidents augmente. En 2013, 38% des personnes admises avaient entre 91 et 95 ans.

Le recueil des directives anticipées est assuré plus tard lors de la réalisation du PAP.

Le dossier du résident élaboré lors de l'admission est complet et bien structuré.

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont signés.

Analyse

Les informations nécessaires sont transmises à l'équipe afin de préparer au mieux l'arrivée du nouveau résident dans l'EHPAD.

Alors que le PAP est revu annuellement, l'avenant annuel au contrat de séjour n'est pas prévu à ce jour afin d'actualiser les objectifs vus dans le PAP.

Le recueil du consentement éclairé est systématiquement recherché.

EXPRESSION ET PARTICIPATION DES USAGERS

Constats

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) est présidé par un représentant des familles car il y a eu carence (cf. compte-rendu des élections). Il se réunit 3 fois par an. L'ordre du jour est proposé au Président qui valide ou pas et une invitation est faite à toutes les familles et résidents. Il est ouvert à tous ceux qui le souhaitent. Ils doivent écrire leur demande. Il n'y a pas de résident qui souhaite être Président. Participation forte lors de ces réunions présidées par le parent d'une résidente, très intégré dans la vie de l'établissement. Son mandat a été renouvelé il y a 2 ans, les dates du CVS sont annoncées et programmées. La préparation du CVS avec les résidents concernerait 5 à 6 résidents, seules les familles sont en relais. Les comptes-rendus du CVS entraînent un plan d'actions. Toutes les familles sont invitées, mais la mobilisation des familles est faible. Il y a également un repas une fois par mois avec les familles.

Analyse

Le travail participatif et le recueil des doléances auprès des familles et des résidents avant le CVS devraient être plus formalisés dans l'ordre du jour du CVS.

*AUTRES MODES D'EXPRESSION*Constats

Des enquêtes satisfaction familles et résidents ont été réalisées en 2012 et 2013. Ces documents ont été rédigés par la direction, par des stagiaires ou par des groupes d'étudiants tutorés. Des questionnaires sont donc passés depuis 2012 et portent sur la restauration, les outils de communication, l'estime de soi, la qualité globale perçue, les attentes du rapport d'activité et celles de l'évaluation externe. Ces travaux associent à la fois les résidents en capacité d'expression et de compréhension, les familles ou représentants légaux, les professionnels et parfois des retraités à domicile ou aux « tutelles » (expression propre à l'établissement).

Un comité « restauration » est réuni 4 à 5 fois par an en présence du président du CVS et de quelques résidents. La commission « animation » est réunie 4 fois par an.

Analyse

Les réponses aux enquêtes concernent environ 30% des résidents et des familles et tiennent compte de la capacité de réponse des résidents. L'évolution des réponses dans le temps doit être étudiée et mieux visualisée.

Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des projets tutorés, devraient être mieux planifiées.

*LES ACTIVITES DE SOUTIEN, LE RESEAU ET L'ENVIRONNEMENT*Constats

Des conventions de partenariat multiples sont signées.

Elles concernent des pharmacies, le Centre hospitalier de Périgueux, Repid 24, de l'hospitalisation à domicile,... Elles sont repérées, clairement structurées par leur objet.

L'établissement a mis en place deux réseaux wi-fi. Un pour les professionnels et un pour les résidents. Cela permet aux résidents d'être en lien avec l'extérieur mais également leur famille ou entourage pour ceux qui savent utiliser internet.

Il existe des échanges entre établissements (Repid 24). D'autre part, l'ARS Aquitaine a mis en place des CVS départementaux qui permettent des échanges de pratiques entre établissements. L'établissement y participe.

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

Il est prévu de travailler avec l'enfance dans la commune. D'autre part, des échanges avec des établissements accueillant des jeunes ont permis la réalisation de fresques à l'intérieur des bâtiments.

Analyse

Ces conventions ne sont pas évaluées par une procédure partagée entre l'organisation concernée et les Chênes Verts. Cela permettrait, officiellement, de faire évoluer les prestations ou complémentarités.

Le partenariat doit être maintenu dans les mois qui viennent.

L'établissement facilite les échanges et/ou la visite de l'entourage avec des espaces de réception soit dans les chambres, soit dans des espaces dédiés.

1.2.4. LES ANIMATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES**Constats**

La maitresse de maison qui anime et coordonne les animations collectives est dans l'établissement depuis longtemps. Elle dispose d'une connaissance précieuse des résidents et participe au recueil des habitudes de vie. Elle distribue le courrier, écoute chaque résident et prévoit un blog. Les ateliers sont affichés. L'animation prévue est répartie lors des transmissions de 14h30 à 15h00.

Les résidents sont libres d'aller aux animations ou pas ainsi que de circuler à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Les animations sont tournées vers le public essentiellement accueilli, un public dépendant.

Analyse

Les ateliers sont à deux niveaux : un atelier principal animé par la maitresse de maison et des ateliers plus petits dits Montessori (lorsque la maitresse de maison est présente).

Comment les personnes non dépendantes ou faiblement dépendantes sont-elles prises en compte dans le cadre de ces ateliers Montessori ? Certaines préfèrent rester dans leur chambre ne se reconnaissant pas dans les groupes « animés ».

Les EHPAD sont très tournés vers les animations auprès d'un public fragile et dépendant posant la question de l'adaptation d'animations mobilisant les capacités intellectuelles, les échanges culturels ou des réflexions.

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

Certains professionnels sont en attente de formations futures Montessori pour l'animation d'ateliers spécifiques.

Il y a trois référentes Montessori. Elles sont référentes lorsqu'il y a des questions au moment des transmissions. Elles donnent des informations à l'équipe, font des rappels et répondent aux demandes lors des transmissions. Elles sont en train de mettre en place un classeur avec les activités Montessori et les activités occupationnelles

1.2.5. LE PROJET PERSONNALISÉ ET LE PLAN DE SOIN INDIVIDUALISÉ

Constats

Deux documents écrits auprès des familles permettent de démarrer le PAP, avec les questions suivantes : « Vous qui le/la connaissez si bien... » et « Parlez-moi de vous... »

La recommandation sur le projet personnalisé a permis une actualisation ou un approfondissement des professionnels sur ce thème. Le projet d'établissement fait d'ailleurs référence aux caractéristiques générales du projet de vie ou du projet de soins.

Le projet est rédigé pour chaque personne accompagnée et comporte des priorités d'actions. Il est prévu qu'il soit réévalué périodiquement mais sa formule actuelle est trop récente pour la mise en œuvre de la réévaluation. Des responsables rappellent et réactivent chaque semaine les PAP (infirmière référente, assistante qualité, IDE). Les professionnels les connaissent et s'appuient sur eux.

Des modalités de soutien aux professionnels dans l'élaboration et le suivi des PAP existent avec non seulement les formations Montessori, Alzheimer, mais également les temps d'analyse de pratiques mensuels.

Analyse

Il est important de prévoir une méthode spécifique pour la réévaluation pluridisciplinaire du PAP. Chaque professionnel écrit aujourd'hui les éléments le concernant. L'établissement doit se poser la question du choix entre la pluridisciplinarité qui est réalisée actuellement ou de l'interdisciplinarité, c'est à dire un temps de partage avec un écrit de synthèse validé par les professionnels et partagé avec le résident en fonction de ses capacités et / ou la famille.

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

1.2.6. LE DOSSIER MEDICALConstats

Tous les dossiers médicaux sont réalisés et sont saisis sous « Médic'or ». C'est une pratique généralisée pour tous les résidents. Les dossiers médicaux sont tous contrôlés par le médecin coordonnateur. Toutes les ordonnances sont sous informatique et le MEDEC peut suivre les prescriptions afin d'observer l'évolution des soins à la personne.

Analyse

Ce dossier permet la traçabilité, le parcours du résident et l'intégration des prescriptions.

1.2.7. LA SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE**LE PROJET MEDICAL**Constats

Le projet médical n'est pas isolé dans le projet d'établissement mais transparaît dans tous les axes du plan stratégique. Pour autant les échanges avec le médecin coordonnateur, permettent d'identifier clairement les axes et orientations de la politique médicale de l'établissement.

Le projet est bien animé par le MEDEC mais la stratégie n'est pas formalisée.

Le MEDEC est présent pratiquement chaque jour (40 %) et reste joignable (beaucoup de résidents sont ses patients). Il n'a pas vraiment de bureau (bureau des IDE).

L'évaluation PATHOS est faite dans une maîtrise parfaite des critères. Le rapport annuel médical est réalisé.

Les conventions avec le secteur sanitaire sont conclues (ex risque infectieux) mais la mobilisation des moyens du secteur en psychiatrie peut être plus souple compte tenu de la formation du MEDEC qui permet d'apporter des réponses en interne.

Les volets liés aux besoins du résident sont clairs et font l'objet d'un diagnostic et suivi lors de son accueil. Ex : troubles cognitifs nutritionnel/locomotion

Le rôle du MEDEC est clair et en particulier sur l'organicité.

Il a souhaité le logiciel Médic'or car toutes les informations sont données sur la première page.

Analyse

Le médecin est le garant de la bonne et stricte application des textes.

Il surveille les bonnes pratiques gériatriques : infirmières, crises sanitaires (risques), réintroduction des protocoles nouveaux. Chaque mardi, il abordait un sujet à la fin des transmissions pendant 15' et

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

donc présentait une page avec des explications. Exemple : les démences, le retour d'hospitalisation, le choix thérapeutique. L'année dernière il y a eu une formation à la fin de vie. Affirme des principes : pas d'acharnement thérapeutique, réhydratation ou pas, morphine et effets secondaires, choix des soins

Il interroge ses confrères et 35 à 40 % des produits thérapeutiques sont enlevés à l'arrivée des patients (tranquillisants, neuroleptiques, antipsy. et anti Alzheimer). Il est vigilant sur la « petite maltraitance » : frapper avant d'entrer, toilettes, ...

Les résidents sont stimulés pour regarder la télévision. Les anxiolytiques sont donnés en fonction du rythme de la personne. Il n'y a pas de somnifères mais des inducteurs de sommeil et des anxiolytiques qui n'altèrent pas la mémoire.

Une demande d'un psycho-gérontologue est prévue dans le projet d'établissement.

Dans le cadre du suivi du plan d'actions du projet d'établissement, un bilan médical complet de l'état de santé du résident est bien réalisé dans le mois qui suit son entrée.

LE CIRCUIT, LE STOCKAGE, LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Constats

Les piluliers sont réalisés à l'extérieur par un pharmacien qui les livre dans l'établissement. Ils sont vérifiés par les IDE.

Le pharmacien référent assure la préparation des doses à administrer (PDA).

La pièce où sont stockés les médicaments est sécurisée.

Les « toxiques » sont dans un coffre scellé et répertoriés dans un carnet conforme.

Les médicaments sont distribués par les infirmières (IDE) à partir de la fiche extraite par le logiciel « médic'or » de la prescription.

La nuit, ce sont les AS qui se chargent de la distribution des médicaments.

La surveillance de la distribution des médicaments est effective.

La préparation des prises spécifiques chez les personnes ayant des difficultés de déglutition ou autres est effectuée avec soin et considération.

Analyse

La balance du stock de toxiques est effectuée et le cahier correctement rempli.

Il y a une traçabilité de l'administration des médicaments de toute la journée.

LA PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION-DESHYDRATATION

Constats

Les équipes sont sensibilisées à la prévention de la dénutrition par des protocoles, fiches de suivi et bilans. Le travail est en cours de mise en œuvre par une réunion tous les deux mois avec le médecin, les cuisines, l'infirmière référente et l'assistante qualité car il y a eu un constat de compléments alimentaires. En effet, l'équipe, sous la responsabilité du médecin, recherche à satisfaire la nutrition avec de l'enrichissement alimentaire qui permet d'éviter les produits chimiques.

La courbe de poids de tous les résidents est analysée tous les mois et l'IMC tous les deux mois pour les plus dénutris. Les températures, pouls, tensions sont tous entrés en informatique. L'hydratation des résidents est surveillée et est inscrite dans le plan de soins sous « Medic'or ».

Analyse

Les professionnels tentent d'entrer sur informatique le suivi alimentaire afin de personnaliser la prestation alimentaire (échelle d'évaluation nutritionnelle, satisfaction de la personne).

La référente nutrition permet de surveiller :

- les régimes avec les différentes textures (normal – haché – modifié)
- la déglutition = céréales hyper protéinées (pas de blédines)
- la gestion de la « salle à manger »
- les poids et IMC = récapitulatif. Depuis 1,5 mois, une fiche de surveillance a été mise en place pour les personnes concernées. Cela permet de sensibiliser les équipes
- le calcul des albuminémies = manques de protéines. Réunions tous les deux mois pour enrichir (potages, desserts, entrées avec de la poudre de lait et des crèmes hyper protéinées pour une dénutrition forte).

LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Constats

L'équipe médicale est sensible au suivi de la douleur, l'échelle DOLOPLUS est sous Medic'or. Une demande de mettre ALGOPLUS (5 questions) a été faite début juin depuis que l'infirmière référente a suivi la formation, pour les résidents sous morphine. Un objectif du projet d'établissement est de systématiser l'utilisation de l'échelle DOLOPLUS en formant le nouveau personnel et en actualisant la formation des autres en 2014 ce qui est réalisé.

Analyse

Pallia 24 intervient lorsque c'est nécessaire mais il y a un temps d'attente important et leur action porte plutôt sur la famille qu'une aide aux professionnels et résidents.

LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES ET FRACTURES

Constats

Les chutes font toutes l'objet d'une traçabilité et l'objet d'une déclaration visée par le médecin coordonnateur. Une analyse des causes est faite.

Les kinésithérapeutes sont intégrés dans le processus de prise en charge y compris préventif, ils réalisent la rééducation post opératoire s'il y a eu fracture, et post chute s'il y a incidence sur la marche.

Le logiciel de la MSA produit l'analyse des chutes pour mettre en place des mesures.

Analyse

La prévention et la prise en charge des chutes est effective et encadrée.

L'autonomie motrice fait l'objet d'une évaluation périodique et d'actions de soutien : la direction a demandé au personnel de s'investir sur ce sujet avec les déplacements du fauteuil avant la salle à manger. D'autre part, le kiné entre les données sur Médic'or.

L'autonomie psychique fait l'objet d'une évaluation avec des actions de soutien appropriées. En effet, après une observation, on met une personne « en cible » puis on en parle aux transmissions. Une heure et demie est consacrée l'après-midi pour les personnes avec des troubles cognitifs pour des ateliers contes, sons,... La détérioration cognitive fait l'objet d'un accompagnement spécifique.

LES ESCARRES ET LA PROTECTION

Constats

Les escarres font l'objet d'une prise en charge préventive et curative. Le personnel est attentif à la prévention de l'apparition d'escarres.

Analyse

Le risque d'escarres est suivi et prévenu ainsi que les risques de constipation et d'incontinence. Une fiche de surveillance de selles est mise en place.

LE RISQUE INFECTIEUX

Constats

Les principes de base en hygiène sont connus et respectés avec notamment un protocole dans le bureau de l'infirmière référente et dans la salle de soins. L'établissement applique les recommandations concernant la prévention de la légionellose par l'assistante qualité.

Analyse

Un box concernant les déchets est fermé à clef. Ils ne viennent qu'une fois par mois pour enlever les déchets.

LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE : LES TRANSMISSIONS

Constats

La coordination et la continuité des soins s'appuient sur des transmissions orales et écrites systématiques et quotidiennes par l'ensemble des professionnels. Trois moments de transmissions : de 07h00 à 07h15 puis de 14h30 à 15h00 avec une première partie de transmissions et une dizaine de minutes sur une étude de cas. Enfin de 20h15 à 20h30. Cela permet de réactualiser les informations retraçant l'évolution du résident.

Analyse

On trouve des ordres du jour et des comptes-rendus. Les moyens de coordination sont bien définis avec les plannings de présence, de gardes et d'astreinte, de prévision et d'organisation des remplacements qui sont affichés.

1.3. Respect des droits

LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

Constats

Axe fort du plan de formation et du projet d'établissement notamment avec la démarche Montessori qui fait référence tant dans l'écrit du projet que dans la communication et l'affichage. Les professionnels, les familles et les résidents sont informés de cette démarche.

L'analyse de pratiques mensuelle permet également de s'interroger collectivement sur les situations. Les salariés sont donc sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bienveillance. Les conduites à tenir en matière de signalement de maltraitance sont connues.

Dans le rapport d'activité, des indicateurs sentinelles sont posés (absentéisme, turnover...)

Analyse

La procédure d'accueil des nouveaux salariés, procédure intégrant la question de la prévention de la maltraitance n'est pas écrite.

Les événements indésirables regroupent beaucoup de thèmes.

LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR ET LA CONTENTION

Constats

Les périmètres interne et externe de l'établissement sont sécurisés par le biais notamment d'un portail ouvert et un grand parc qui permet une activité extérieure. D'autre part, les résidents peuvent facilement, en fonction de leur dépendance physique ou psychique, sortir en taxi ou avec leur famille en prévenant l'établissement.

La politique médicale prône la non contention. Dès lors tout est expliqué et mis en œuvre avec le personnel pour limiter le recours. Aucune n'était constatée le jour de l'évaluation.

Analyse

L'implantation de l'établissement dans un grand parc facilite les accès extérieurs. Des aménagements piétonniers entourent le bâtiment. Des accès extérieurs du RDC et du 1^{er} étage sont possibles sur le jardin.

Il n'y a pas d'unité spécialisée Alzheimer. Dès lors la déambulation peut poser problème car le parc n'est pas sécurisé (fermé). C'est aussi un des motifs de refus à l'admission de personnes trop désorientées qui « fuguent ».

DIGNITE ET VIE SEXUELLE

Constats

La personne est respectée dans ses choix et son intimité. Le personnel est formé et sensibilisé à une approche respectueuse et d'empathie.

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Constats

La personne de confiance est quasi systématiquement désignée. Dans les dossiers administratifs, le nom de la personne de confiance et les directives anticipées sont relevées.

Analyse

Les dossiers administratifs sont très bien tenus.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

Constats

Elles sont systématiques dans le cadre du PAP

Analyse

L'ECOUTE DES FAMILLES ET DES RESIDENTS

Constats

Le Conseil de Vie Sociale est en activité et fonctionne au minimum 3 fois par an. Le président a pu exprimer sa satisfaction sur la qualité des échanges en réunion de CVS.

Analyse

1.4. La gestion des ressources

1.4.1. LA GESTION ET LE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Constats

Qualité de l'accompagnement nécessite de mettre en place un accompagnement des soignants eux-mêmes (stress, fin de vie...) Un régulateur est mis en place 2 fois par mois depuis un an (par moitié d'équipe). Permet de s'ouvrir aux résidents et rassurer par rapport aux appréhensions de Montessori (psychique). Formations PRAP pour la partie de fatigue physique (ensemble des équipes soignantes infirmières et aides-soignantes et AMP). Même formation en 2014 pour les "non-soignants" : cuisines, personnel d'hôtellerie, administration et agent technique. Formation risques psychosociaux en juin, septembre et octobre 2014 (100% du personnel sur 3 sessions)

Dans le projet d'établissement, un groupe de travail a été mis en place pour le projet social.

L'absentéisme (taux) est dans la moyenne 8,34% en 2013 avec 2 personnes qui ne reprendront pas. Analyse des arrêts = axes travaillés : la posture, l'évaluation des risques, la formation, le matériel. Formation PRAP sur comment manipuler un résident l'année dernière, comment soulever une charge cette année, les chutes (travaux en réflexion). Achat de chaussures pour cuisine et plonge.

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

Travaux actuels pour la cuisine. Chaque fin d'année le bilan social est présenté devant l'ensemble du personnel et des résidents (ensemble des actions menées)

Des questionnaires sur les conditions de travail sont à mettre en place autour des risques psycho-sociaux. Des réflexions sont apportées par l'équipe (notamment la salle à manger à l'étage devenue pérenne depuis les travaux de l'ascenseur).

Le plan de formation est déterminé par la directrice, les délégués du personnel et le consultant RH suite aux entretiens d'évaluation. La formation sur les risques psycho-sociaux a été calibrée auprès du centre de formation avec un débriefing des formateurs à la fin des formations.

Analyse

L'établissement essaie de mettre en place une veille sur l'évolution des connaissances vis-à-vis des personnes accueillies. C'est un axe de travail (exemple d'un psychogérontologue pour à la fois les résidents et les personnels ou d'un ergonome et/ou kiné).

RECRUTEMENT ET INTEGRATION DE NOUVEAUX SALARIES OU STAGIAIRES (BENEVOLES)

Constats

Un livret d'accueil existe et est remis systématiquement. La procédure est organisée mais pas formalisée.

A la fin de la période d'intégration, un entretien n'est pas organisé pour parler de la pratique professionnelle.

Les absences sont remplacées avec un pool de personnes fidélisées voire recrutées en CDI qui tournent sur les postes absents.

Analyse

Il est important d'exploiter le regard du novice.

Les précautions sont prises afin d'anticiper des défaillances, absences et pourvoir les postes.

POLITIQUE ET GESTION DES CARRIERES

Constats

Tous les dossiers du personnel sont à jour et complets. Le consultant RH contribue à la mise en œuvre de toute la politique RH

INSTANCES D'ECHANGE ET D'EXPRESSION

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

Constats

Des délégués du personnel sont en place. Il n'y a pas de CHSCT compte tenu de la taille de l'établissement. Les réunions ont lieu tous les mois. Les gens sont bien informés et au courant. Bon suivi observé lors de la vérification des comptes-rendus et des suivis des décisions.

1.4.2. LA GESTION ET LE MANAGEMENT DES RESSOURCES FINANCIÈRES & IMMOBILIÈRES

MANAGEMENT DES RESSOURCES FINANCIERESConstats

La directrice suit le budget en lien avec le gérant de la SARL gestionnaire et le comptable.

Le prix de journée est maîtrisé dans un contexte local de forte concurrence.

La situation financière est saine.

Analyse

Les ressources sont adaptées.

MANAGEMENT DES RESSOURCES IMMOBILIERESConstats

L'établissement a fait l'objet de travaux d'embellissement et de rénovation qui se poursuivent.

Analyse

Le confort et le caractère agréable des lieux sont recherchés

1.4.3. LA GESTION ET LE MANAGEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION

LA GESTION DE LA DOCUMENTATION :Constats

L'assistante qualité est chargée de la gestion documentaire.

Analyse

Les documentations sont repérées, structurées et actualisées. Elles sont travaillées collectivement avec les personnes concernées. Dans l'avenir, une pratique d'audit interne pourrait être utile à la vie des procédures, protocoles et supports de travail. Cette pratique permettrait d'alimenter la démarche d'évaluation interne. Un travail de prélèvements sur le DPI a été fait avec l'IDE référente DPI. Ce travail a permis de repérer que, pour les accueils temporaires, le PAP est alimenté 8 jours après l'arrivée de la personne, ce qui correspondait, dans un cas particulier, à 4 jours avant son

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

départ. Une réflexion doit être posée sur l'adaptation du PAP dans le cadre des accueils temporaires et du temps imparti pour l'élaboration du PAP.

1.4.4. LA GESTION DES RESSOURCES LOGISTIQUES

RESSOURCES HOTELIERES

La cuisine

Constats

La cuisine est internalisée. Elle est gérée par le personnel de cuisine en lien étroit avec la directrice et l'assistante qualité. Des nettoyages réguliers sont opérés. Les menus sont composés avec le médecin et la qualitiennne qui est aussi diététicienne.

Des travaux de réfection de la salle à manger étaient en cours.

Les produits frais et locaux sont privilégiés dans la mesure du possible.

Analyse

Les résidents sont satisfaits de la prestation de qualité. La direction veille à la qualité au moment du repas, moment clé pour la personne.

La blanchisserie

Constats

Elle est internalisée. Organisée aux normes RABC, la lingère trace les machines et les poids de linge traités (entre 18 et 22 machines /jour de 11 kg).

Le linge est distribué aux résidents et mis dans l'armoire (3 fois/semaine) par la lingère.

Très peu de réclamations car un seul interlocuteur linge est en place.

Analyse

Beaucoup de précautions voire d'attentions sont observées dans le traitement du linge. Le trousseau de la personne n'est pas réalisé.

La technique et la maintenance

Constats

Des agents de maintenance sont présents et peuvent réaliser de petits travaux.

Tous les contrôles sont réalisés.

Les produits d'entretien

Constats

La référente hygiène est chargée de la gestion de stocks de produits d'entretiens (chambre, cuisine...). Les commandes sont faites avec la maitresse de maison et validées par la directrice. Lors de la réception les enregistrements se font sur un cahier puis mise en stock des produits et redispatching sur les chariots à la demande (ménage, soins...)

Avec SOPECAL, il y a un audit d'utilisation des produits une fois par mois afin d'adapter les produits et les modes de travail.

Analyse

Le stockage est adapté.

LES PRODUITS D'INCONTINENCE

Constat

Il y a une référente « protections ». Elle met à jour les protocoles une fois par mois sur informatique, ce qui permet de générer la commande. Le protocole (vérifié) est attaché au résident. En fait, c'est un tableau avec les noms des résidents et les produits, tout au long de la journée, reliés au résident.

La commande livrée est contrôlée dans le garage. Elle correspond à un mois de consommation

Elle fait l'approvisionnement sur les chariots et dans les chambres en fonction de ce que demandent les collègues. Elle a eu une formation par le fournisseur mais elle connaît les produits grâce au nombre d'années d'établissement (25 ans). Pour la sélection des produits, le test a été fait pendant une semaine avec la pharmacie pour 5 personnes avec 5 produits différents. Toute l'équipe a été associée et a donné son avis

Analyse

Stockés au RDC tous les produits sont bien rangés

1.5. La gestion de la qualité et gestion des risques

1.5.1. LE SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET SA MISE EN ŒUVRE

Constats

Il y a une réelle politique qualité, mise en pratique donc opérationnelle, mise à jour et qui se décline en assurance qualité (protocoles et procédures). Le manuel qualité présente la politique qualité, l'organigramme, les procédures et protocoles.

Pour la gestion de la documentation qualité, l'assistante qualité a une fiche de fonction avec une procédure de gestion documentaire tenue (avec organigramme). La directrice manage le déploiement et l'assistante l'aide pour rédiger, participer aux groupes de travail et coordonner.

Les fiches d'événements indésirables ne sont pas gérées par la qualité mais par l'infirmière référente. Des fiches de non conformité sont mises en place également (exemple récent de la cuisine).

Au niveau de l'hygiène, traçabilité, nettoyage, il y a une mise en place de gestion documentaire (HACCP, bonnes pratiques d'hygiène, étalonnage des thermomètres, nettoyage...)

L'assistante qualité communique sur les objectifs et priorités. Par exemple, actuellement sur la gestion des dossiers de crise en cas d'incendie (amélioration de la procédure suite à la formation EPI).

La création de tout document prend en compte l'avis des professionnels (exemple : circuit du médicament avec pharmacienne et infirmières), puis avis des responsables (médecin, infirmière référente) puis rédactrice (assistante), vérificateur (la personne qui va gérer la mise en place de la procédure, exemple médecin ou maitresse de maison) puis l'approbateur (la directrice).

Analyse

Il est important que les professionnels fassent la différence entre les événements indésirables et les fiches de non conformité en ayant une démarche non de sanction mais d'amélioration continue.

1.5.2. LA VEILLE RÉGLEMENTAIRE, SOCIALE ET JURIDIQUE

Constats

Réalisée par la directrice, l'assistante et la qualitiennne, l'établissement est à jour de la réglementation.

Analyse

De petits rappels réguliers sur les points à risque auprès des personnels serait un plus.

1.5.3. DARDE, DARI, DUERP, LÉGIONELLOSE, INCENDIE

Constats

La politique de gestion des risques est à rédiger contrairement à la politique qualité qui est faite. La question des risques est traitée dans les réunions de DP. L'assistante qualité coordonne le document unique qui doit sortir, pour cette année, début septembre 2014.

Des groupes sont prévus par famille de professionnels à partir des statistiques des accidents du travail. Pour l'anticipation des risques, la formation aux risques psycho-sociaux est une réponse.

Une procédure « circuit du médicament » existe, capsules fermées et identifiées par résident et par date depuis février 2014.

Des procédures plan bleu, gestion de crise en cas d'incendie, en cas de défaillance électrique, de toxyinfection alimentaire collective (TIAC) ont été mises en place.

Analyse

Le Document Unique est en attente avec l'étude des risques psycho-sociaux pour cette année

1.6. Evaluation interne et dynamique d'amélioration continue

1.6.1. L'ÉVALUATION INTERNE

Constats

La direction a pu récupérer les données pour écrire le rapport. Des modifications de conclusions ont été écrites dans le plan opérationnel du projet d'établissement.

Analyse

Le référentiel utilisé à l'époque ne sert plus. On ne peut se référer au document d'évaluation interne. Il ne sert pas car les conditions de rédaction sont décalées dans le temps (réflexion de 2008-2009 écrite en 2013). L'établissement n'a plus rien à voir avec celui d'il y a 5 ans.

1.6.2. LE PLAN D' ACTIONS

Constats

Le plan d'actions de l'évaluation interne réintégré dans le plan d'actions du projet d'établissement a été réalisé pour mettre à jour les conclusions de 2009.

Analyse

Il est nécessaire de poser, dans les mois qui viennent, un système de pilotage des axes et plans d'actions avec un suivi des indicateurs de résultat. Les fiches-actions sont cependant très utiles et devraient servir de guide aux professionnels concernés par la fiche.

Chapitre IV. Synthèse

1.1. La démarche d'évaluation interne

1.1.1. LA (OU LES) DÉMARCHES D'ÉVALUATION INTERNE MISE(S) EN ŒUVRE PAR L'ESSMS

Points Forts :

- L'évaluation interne a été revue dans le cadre du projet d'établissement
- De nombreuses fiches actions sont réalisées
- Les fiches actions sont adaptées
- La dynamique d'amélioration est présente à tous les niveaux de l'établissement (écrits, transmissions, méthodes)

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Mise en œuvre partielle – charte bientraitance ou reformulation d'actions (en fonction d'actions stagiaires et non salariés)
- Traçabilité des actions mises en place (CR CVS par ex) avec la mesure des résultats

1.1.2. LES MODALITÉS DE PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIÉES PAR L'ANESM PAR L'ESSMS

Points Forts :

- Documents obligatoires
- Dynamique d'amélioration continue engagée

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Poursuivre la formalisation des pratiques et comptes-rendus permettant la traçabilité

1.2. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement

1.2.1. LE PROJET D'ETABLISSEMENT : ACTUALISATION, PERTINENCE AU REGARD DES MISSIONS DE L'ESSMS, DÉCLINAISON DE L'OBJECTIF

Points Forts :

- Projet d'établissement en cours de validité
- Cohérent avec mission

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Des objectifs de résultat mesurables

1.2.2. L'ADAPTATION ENTRE L'OBJECTIF CENTRAL DE L'ESSMS ET LES RESSOURCES HUMAINES, FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES, MOBILISÉES ET CELLES DE SON TERRITOIRE D'INTERVENTION ;

Points Forts :

- Réunions
- Livret d'intégration
- Qualification du personnel
- Formations
- Entretiens annuels d'évaluation
- Fiches de poste et de fonction

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Evaluation des pratiques professionnelles
- Indicateurs épuisement...
- Mobilisation DP sur des thématiques précises

1.2.3. L'ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS DE LA POPULATION ACCOMPAGNÉE ET LE PROFIL DES PROFESSIONNELS (FORMATION INITIALE, COMPÉTENCES) ;

Points Forts :

- Formation Montessori
- Accompagnement des professionnels

Rapport évaluation externe EHPAD Résidence Les Chênes Verts - Agonac (24)

1.2.4. LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR PRISE DE POSTE ET ACTIONS (APPLICATION DES BONNES PRATIQUES SOINS, HYGIENE, SECURITÉ)**Points Forts :**

- Référents
- Protocoles individuels
- Protocoles fins de vie
- Prévention et soins de prévention

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Relevé des incidents en vue d'améliorer les pratiques

1.2.5. 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 ; LA PRISE EN COMPTE DES FACTEURS DE RISQUES ET D'INSECURITE**Points Forts :**

- Formation personnel
- Plans nationaux suivis
- Risque Hygiène
- Risque incendie
- Maintenance

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Document gestion des risques et DU à terminer
- Risques professionnels

1.2.6. LES DONNÉES (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) DISPONIBLES AU SEIN DE L'ESSMS PERMETTANT DE CARACTÉRISER LE PROFIL DE LA POPULATION ACCOMPAGNÉE ;**Points Forts :**

- PATHOS et GIR maîtrisés et actualisés
- Politique médicale

1.2.7. LA CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT A ASSURER LA COHERENCE ET LA CONTINUITE DES ACTIONS

Points Forts :

- Lettre d'information
- Coordination et présence du directeur
- Informations immédiates en coordination
- Projet de soins
- Le MEDEC

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Culture de l'oral, traçabilité à développer autour des pratiques

1.2.8. LA COHERENCE ENTRE LES OBJECTIFS DEVELOPPÉS DANS LES PROJETS PERSONNALISÉS ET LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉCLINÉS PAR L'ESSMS ;

Points Forts :

- Individualisation de la PEC

1.3. Ouverture de l'établissement à son environnement socioculturel et économique

1.3.1. L'OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GÉOGRAPHIQUE,

Points Forts :

- Travail avec intervenants extérieurs
- Conventions de partenariat pour favoriser la nature et la rapidité de prises en charge (ex hôpitaux)

1.3.2. LA PERCEPTION DES PARTENAIRES À L'ÉGARD DU RÔLE ET DES MISSIONS DE L'ESSMS ;

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Enquête satisfaction auprès des partenaires sur la vue de l'établissement

1.3.3. LES MODALITÉS DE COORDINATION ET D'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS DES PERSONNES EXTÉRIEURES À L'ESSMS AUTOUR DU PROJET DE CHAQUE PERSONNE ;

1.3.4. LES RESSOURCES MOBILISÉES SUR LE TERRITOIRE POUR MAINTENIR OU FACILITER LES LIENS SOCIAUX ET DE CITOYENNETÉ DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

1.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

1.4.1. LES OUTILS ET MÉTHODES D'OBSERVATION, DE RECUEIL ET D'ÉVALUATION ADAPTÉS PERMETTANT À L'ESSMS D'ÉLABORER LES PROJETS PERSONNALISÉS,

Points Forts :

- PAP
- Référents nommés

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Temporisation du PAP dans le cadre de l'hébergement temporaire
- Groupes de paroles

1.4.2. LES MODES DE PARTICIPATION DES USAGERS

1.4.3. LE RYTHME D'ACTUALISATION DU PROJET PERSONNALISÉ

Points Forts :

- Prévu

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des projets tutorés, devraient être mieux planifiées.

1.4.4. LES MODALITÉS PERMETTANT AUX USAGERS (OU LE CAS ÉCHÉANT À LEUR REPRÉSENTANT LÉGAL) D'ACCÉDER AUX INFORMATIONS LES CONCERNANT

Points Forts :

- Dossier administratif du résident

1.4.5. LA PRISE EN COMPTE DE LA PERCEPTION DE L'ESSMS ET DE SES MISSIONS PAR LES USAGERS

1.4.6. LES MODALITÉS DE PARTICIPATION FAVORISANT L'EXPRESSION COLLECTIVE DES USAGERS ;

Points Forts :

- Modalités d'accueil structurées
- Questionnaire admission
- Ecoute active permanente (position professionnelle)
- PAP
- Charte
- Réactivité

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Expression usagers et recueil des attentes en préparation du CVS

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

1.5.1. LES MODES D'ORGANISATION DE L'ESSMS POUR PERMETTRE LE RESPECT DE LA DIGNITÉ ET DU DROIT À L'INTIMITÉ ;

Points Forts :

- Livret d'accueil et règlement de fonctionnement signés
- Lettre d'information
- Charte des droits remise
- Contrat séjour revu

1.5.2. LES MODALITÉS DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES**Point d'amélioration, pistes de réflexion :**

- Faire la différence entre les événements indésirables et les fiches de non conformité en ayant une démarche non de sanction mais d'amélioration continue

1.5.3. LA PRISE EN COMPTE DES PRINCIPAUX RISQUES RELATIFS AUX SPÉCIFICITÉS DES USAGERS ET AUX CONDITIONS D'ACCOMPAGNEMENT, IDENTIFIÉS PAR L'ESSMS ;**Points Forts :**

- Formation bientraitance
- Connaissance de la bientraitance
- Fiche ARS à disposition du personnel
- Ecoute résident
- Encadrement

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Le Document Unique est en attente avec l'étude des risques psycho-sociaux pour cette année

Chapitre V. Abrégé du rapport

1.5.4. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION INTERNE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
La mise en œuvre de l'évaluation interne	De nombreuses fiches actions sont adaptées et réalisées La dynamique d'amélioration est présente à tous les niveaux de l'établissement (écrits, transmissions, méthodes)	Un document décalé dans le temps et les préconisations entre l'évaluation et l'écriture du rapport	Structurer la démarche d'évaluation interne avec un référentiel « stabilisé » et partagé
Démarche qualité et l'amélioration continue	Documents obligatoires Dynamique d'amélioration continue engagée Procédures et protocoles nombreux et partagés	Formalisation des pratiques et comptes-rendus permettant la traçabilité	Différencier, au niveau des professionnels, le traitement des événements indésirables et les fiches de non conformité en ayant une démarche non de sanction mais d'amélioration continue
Le suivi des résultats de l'évaluation interne	Les éléments de l'évaluation interne ont été réinterrogés dans le cadre du projet d'établissement et intégrés au plan d'actions avec des objectifs opérationnels	La visualisation du suivi et la mesure	Mettre en œuvre un tableau de pilotage des actions avec des indicateurs de résultat

1.5.5. 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 les évaluateurs externes
Appropriation des recommandations	Les recommandations sont intégrées aux réflexions et pratiques		
Mobilisation des recommandations	Les échanges lors des transmissions ou des séances d'analyse de pratiques à partir de situations. Trois référentes actives Montessori	Une attente des professionnels pour l'animation des ateliers Montessori	Poursuivre les formations et les échanges pour rassurer les professionnels lors de l'animation des ateliers Montessori
La Bienveillance	La méthode Montessori déployée sur plusieurs années avec des formations, l'analyse de pratiques, les formations autour de la bienveillance		Adapter les activités (animations) en fonction des capacités des personnes, notamment celles qui sont moins dépendantes

1.5.6. 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	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Le projet d'établissement	Projet d'établissement en cours de validité	Des objectifs de résultat peu apparents	Mettre en place un outil de pilotage (mesure) des axes stratégiques avec des indicateurs de résultat. Le projet

				d'établissement étant très récent, une méthode d'évaluation annuelle du projet est utile pour l'avenir. Cette préconisation rejoint celle de l'évaluation interne
Les caractéristiques de la population accueillie	La population accueillie est suivie et caractérisée Le PATHOS et le GIR maîtrisés et actualisés La politique médicale			
La participation des usagers au projet d'établissement	La parole de l'usager est intégrée dans le projet	Le document est très volumineux et la collecte de la parole ainsi que la place de l'usager dans l'élaboration du projet ne sont pas mises en valeur	Mieux repérer les axes prioritaires vis-à-vis non seulement des équipes mais également des résidents et familles. Cela permettra de mieux piloter le plan d'actions avec des indicateurs de résultat.	

1.5.7. L'OUVERTURE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GÉOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ÉCONOMIQUE

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager	Travail avec des intervenants extérieurs avec un certain nombre de conventions de partenariat pour favoriser la rapidité de prises en charge (ex hôpitaux)	Évaluation des partenariats avec les partenaires	Enquête satisfaction ou mode d'évaluation de la relation conventionnelle auprès des partenaires

Vie culturelle et les animations dans l'établissement	Des animations réfléchies en équipe et proposées (non imposées)	L'animation des ateliers Montessori non encore stabilisée pour les personnes qui animent	Poursuivre les formations et échanges auprès des professionnels afin de les rassurer.
Intervenants extérieurs		Toute relation extérieure est travaillée dans le but de pérenniser les interventions dans la mesure du possible	

1.5.8. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Accueil et admission	Le dossier du résident élaboré lors de l'admission est complet et bien structuré Le recueil du consentement éclairé est systématiquement recherché	Alors que le PAP est revu annuellement, un avenant dans le contrat de séjour n'est pas prévu à ce jour afin d'actualiser les objectifs validés dans le PAP	Prévoir l'intégration dans le contrat de séjour (avenant) de la synthèse validée des PAP (avec la signature du résident ou de son représentant légal).
Projet personnalisé	Le projet est rédigé pour chaque personne accompagnée et comporte des priorités d'actions (individualisation de la prise en charge)	La méthode de réévaluation du projet n'est pas déterminée (la mise en œuvre des PAP étant très récente) Le PAP dans le cadre de l'accueil temporaire	Une méthode de réévaluation des PAP doit être posée en intégrant le positionnement de l'établissement par rapport à l'interdisciplinarité et à la place des familles Penser un PAP spécifique pour l'accueil temporaire
Participation des familles	Le questionnaire d'admission	La parole des familles est collectée mais	Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des

	Des manifestations multiples associant les familles	le mode de collecte permet difficilement de mesurer une évolution des demandes, des attentes, des réponses	projets tutorés, devraient être mieux planifiés.
Projet de soins	Tous les dossiers médicaux sont réalisés et sont saisis sous « Médic'or». Ce dossier permet la traçabilité, le parcours du résident et l'intégration des prescriptions.		

1.5.9. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Conseil Vie Sociale	Un Président et des usagers impliqués dans la vie de l'établissement et la collecte de la parole	La traçabilité de la collecte en lien avec l'ordre du jour	Décider d'un mode de collecte tracée de l'expression usagers et recueil des attentes en préparation du CVS avant les CVS
Expression des usagers	Modalités d'accueil structurées Ecoute active permanente (position professionnelle) PVI L'hyperréactivité des équipes		Les enquêtes de satisfaction, dans le cadre des projets tutorés, devraient être mieux planifiées.

Dossier du résident	Dossiers tenus et à jour	Pas de méthode de vérification régulière	Organiser un mode de vérification des dossiers sur une base régulière (type prélèvements) et ce en pluridisciplinarité
---------------------	--------------------------	--	--

1.5.10. LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Dossier de l'utilisateur	Dossier complet, structuré et à jour		
Formation du personnel	La formation bienveillance et la formation Montessori dans le temps Des référents thématiques La prévention et les soins de prévention Le livret d'intégration Les entretiens annuels d'évaluation avec les conséquences sur : le plan de formation, les fiches de poste, la qualification des personnels	Relevé des incidents en vue d'améliorer les pratiques Evaluation des pratiques professionnelles	Mettre en place un système de vigilance pour le relevé d'incidents et enregistrer les solutions et mises en place (traçabilité de la résolution de problème dans le cadre de l'amélioration continue) Prévoir : L'évaluation des pratiques professionnelles Les indicateurs épuisement... La Mobilisation DP sur des thématiques précises
Gestion prévention des risques	Connaissance de la bienveillance Fiche ARS à disposition du personnel Plans nationaux suivis avec risques	Document gestion des risques et DU Risques professionnels	Finaliser le DU pour septembre 2014

<p>Continuité et cohérence des actions</p>	<p>hygiène, incendie</p> <p>La lettre d'information</p> <p>La coordination et présence de la directrice</p> <p>Informations immédiates en coordination - transmissions</p> <p>Le projet de soins</p> <p>Le MEDEC et les principes éthiques appliqués</p>	<p>La culture de l'oral et la traçabilité</p>	<p>Traçabilité à développer autour des pratiques</p>
--	--	---	--

Chapitre VI. Appréciation globale de l'évaluateur

Cet établissement est marqué par un virage depuis l'arrivée de sa directrice.

En peu de temps elle a réussi à structurer l'organisation, apporter un cadre de travail sécurisant et bienveillant, développer une approche innovante dans l'accompagnement de la personne âgée, former le personnel et entreprendre un programme de travaux pour un établissement quelque peu « oublié » dans sa politique d'investissement.

Aujourd'hui ce travail porte déjà ses fruits avec des résultats visibles et identifiés tant par les résidents, les familles que le personnel.

IL conviendra de suivre les pleins effets à moyen et long terme.

Le pari est déjà gagné pour ce qui est de l'individualisation de la prise en charge et de la bienveillance.

Chapitre VII. Commentaires de l'établissement

Sur le déroulé de l'évaluation externe :

- La préparation a été effectuée avec soin :
- Le processus a été présenté et discuté en amont tant sur l'organisation que le contenu et le déroulement.
- Le rétro-planning des rencontres a été organisé en tenant compte des enjeux et de la nature des parties prenantes.
- Le déroulement s'est effectué de manière transparente et fluide :
- Les documents de preuve ont été examinés avec beaucoup d'attention.
- Les entretiens se sont déroulés dans la confidentialité, en laissant libre expression aux interlocuteurs,
- Des précisions et des modifications ont pu être apportées si nécessaire.
- Le contenu du pré-rapport a été examiné conjointement (évaluateur/direction) avec minutie pour les adaptations.

Sur l'écoute et la posture des évaluateurs :

- Les évaluateurs se sont montrés courtois, respectueux envers tous.
- Très à l'écoute lors des rencontres, ils ont su les rendre agréables, rebondir et s'adapter au fur et à mesure de l'avancée dans le déroulement de l'évaluation externe.
- L'organisation sans faille, laisse transparaître la rigueur dans la méthodologie et la conduite de l'évaluation.
- Ils ont su faire de ce moment, qui aurait pu être vécu comme un contrôle, un atout supplémentaire dans l'amélioration des pratiques professionnelles.
- Perception réaliste et objective des processus de management, de réalisation et support.

Sur l'apport dans la recherche d'amélioration continue :

Au terme de l'évaluation externe, il apparaît qu'elle complète avec précision un plan d'action déjà élaboré dans le cadre du projet d'Etablissement.

Comme indiqué dans le contexte, celui-ci a été réalisé de manière à reprendre toute la stratégie institutionnelle ainsi que le management par la qualité afférent.

Aucun champ n'est oublié. Tous les acteurs sont concernés (professionnels, résidents et entourage, partenaires.....)

Ce nouvel audit est précieux pour conforter les orientations futures de l'EHPAD dans la mise en œuvre de la méthode Montessori dans un cadre bienveillant.

V. GERBEAU – 23 juillet 2014

Chapitre VIII. Annexes

- Contrat – Projet évaluatif

- Planning d'évaluation



05 mai | 2014

Contrat d'évaluation externe Résidence LES CHENES VERTS

AR SIS - SARL au capital de 7623 euros -
R.C.S. Bordeaux B 429 039 027 - SIRET 42903902700017 - CODE NAF 70.22Z
16 rue Edison 33400 TALENCE - Téléphone : 05-56-96-13-87 / 06-85-02-68-48
- Organisme de formation n° 72 33 051 89 33 -
Site internet : <http://www.arsis.fr/> Messagerie : arsis@wanadoo.fr

Sommaire

Sommaire	2
1. LE CONTEXTE.....	3
2. LA RESIDENCE LES CHENES VERTS	3
3. LES ENJEUX DE L'EVALUATION EXTERNE.....	4
4. LA DEMARCHE D'EVALUATION POUR L'EHPAD	5
5. LE CALENDRIER	10
6. LES INTERVENANTS.....	10
7. LA PROPOSITION TARIFAIRE.....	12

1. LE CONTEXTE

Cette proposition permet de présenter la démarche d'évaluation externe réalisée par les intervenants Arsis, organisme habilité par l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). La démarche tient compte des pratiques des intervenants autour des démarches qualité, d'amélioration continue, des accompagnements et mises en place d'évaluations internes dans le secteur médico-social, ainsi que des pratiques de certification. Nos intervenants ont également une connaissance des établissements dans lesquels ils réalisent les évaluations externes ainsi que des formations à l'évaluation et à l'audit. Ils peuvent être formateurs d'auditeurs internes et externes pour d'autres secteurs d'activité.

Enfin notre démarche tient compte des expériences de terrain, intégrant les remarques de nos différents interlocuteurs ainsi que des orientations et recommandations de l'ANESM.

La loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale complétée par le décret du 15 Mai 2007 fait obligation aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de faire procéder à une évaluation externe de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Comme l'exige le décret, l'évaluation externe devra s'appuyer sur les constats et résultats de l'évaluation interne.

L'évaluation externe est applicable aux EHPAD.

Dans le cadre de votre consultation nous avons élaboré une offre que nous espérons la plus adaptée à vos réalités et vos obligations.

2. LA RESIDENCE LES CHENES VERTS

L'EHPAD RESIDENCE LES CHENES VERTS, maison de retraite privée, souhaite, durant le premier semestre 2014 (mai-juin), réaliser l'évaluation externe de son établissement :

L'interlocuteur privilégié sera la directrice de l'EHPAD. Des points d'avancement seront planifiés afin de présenter les remarques, réflexions, points spécifiques et de permettre à la fois à l'établissement et au cabinet d'ajuster la démarche. L'évaluation externe doit respecter à la fois les différentes parties prenantes de l'établissement mais également l'esprit de l'amélioration continue.

3. LES ENJEUX DE L'EVALUATION EXTERNE

L'évaluation externe a quatre objectifs clairement définis, objectifs sur lesquels nous confortons nos interventions :

- 1- Porter une appréciation globale sur les activités et sur la qualité des prestations en apportant des éléments sur la cohérence et l'adéquation du projet d'établissement aux besoins des personnes accueillies, ainsi que sur la gestion de l'établissement, des ressources financières et humaines
- 2- Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne. L'évaluation doit être une démarche permanente et corrélée, un mode évaluatif devant nécessairement se préoccuper des résultats précédent.
- 3- Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques. En tout une quinzaine d'items cernent la qualité de vie au quotidien, la personne restant le plus souvent possible acteur et décideur de ses orientations de vie dans un espace sécurisé et animé par des professionnels compétents, attentifs et investis
- 4- Elaborer des propositions et/ou préconisations. L'évaluation externe doit permettre de proposer à l'établissement des stratégies et des objectifs à court terme dans une logique d'amélioration.

C'est donc une démarche intégrant les acteurs tout au long du processus qui va :

- Interroger la mise en œuvre, la pertinence (lien entre les plans d'actions et les objectifs), les effets prévus et imprévus, l'efficacité au regard du contexte
- Elaborer un cadre d'évaluation spécifique en vue d'un diagnostic partagé
- Promouvoir des outils de mesure adaptés

Il ne faut donc pas voir l'évaluation comme un contrôle mais comme un outil d'aide à la décision.

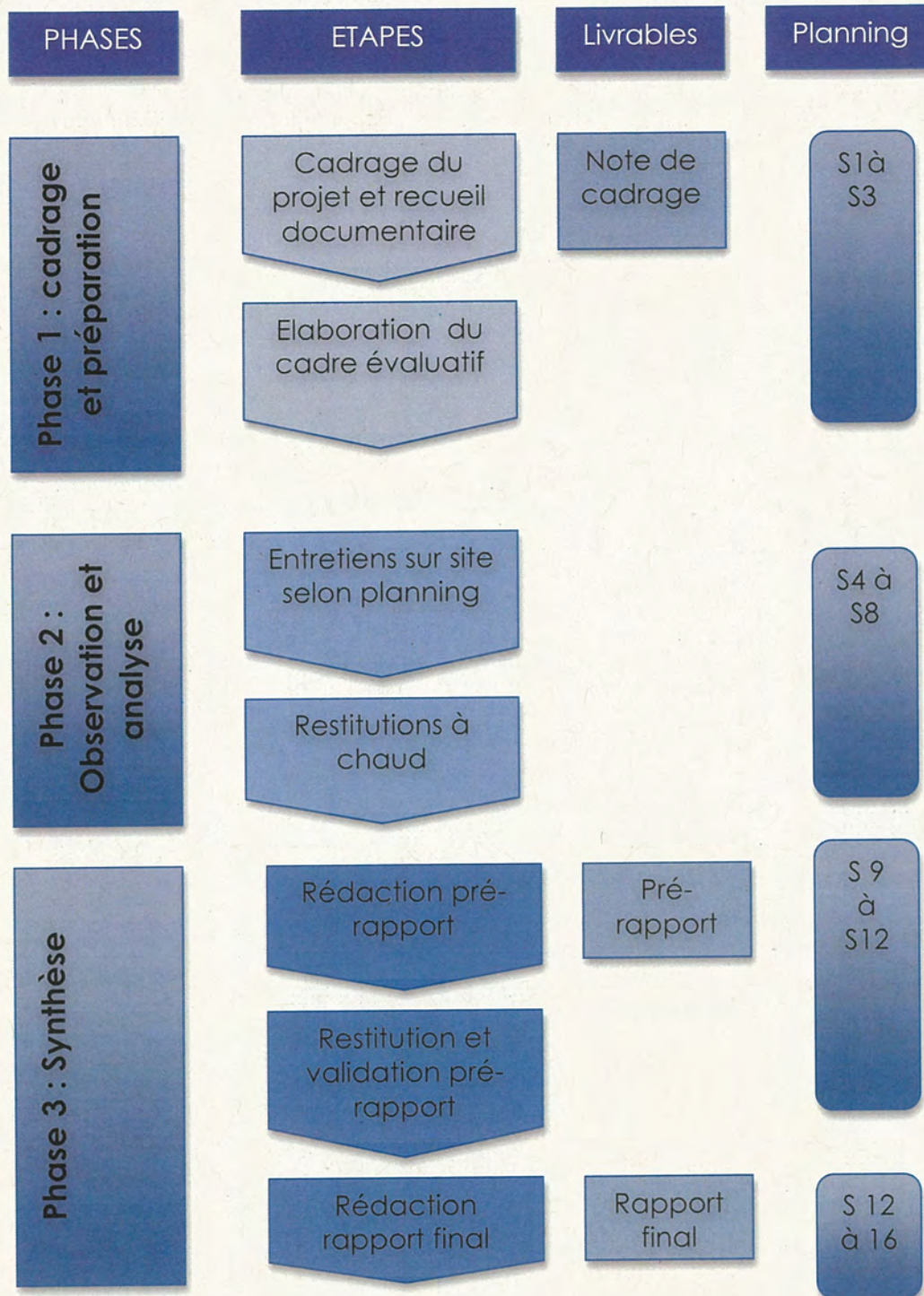
Il faut distinguer l'évaluation du contrôle, du pilotage et de l'audit.

Les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées. En résumé, la valeur ajoutée de l'évaluation par rapport à l'audit est d'apporter un éclairage sur les effets et les impacts des actions mises en œuvre. C'est une aide à la décision stratégique ou opérationnelle mais toujours dans un esprit d'amélioration continue.

Elle constitue bien une démarche de meilleure compréhension d'un établissement ou service dans toute sa complexité et permet de concevoir des pistes de progrès dans le souci d'améliorer les pratiques et la qualité des prestations au regard des besoins et attentes des usagers.

Notre parcours de mise en œuvre de démarches d'amélioration continue nous permet de réaliser l'évaluation externe dans cette application.

4. LA DEMARCHE D'EVALUATION POUR LA RESIDENCE LES CHENES VERTS



Phase 1 : Cadrage et préparation

Objectifs :

- **Poser le cadre** en termes d'objectifs, de moyens et d'échéances pour aller dans la même direction que l'établissement concerné
- **Etablir les modalités concrètes** de la réalisation de l'évaluation externe
- **Constituer le projet évaluatif** afin de définir le cadre de référence spécifique de l'évaluation externe et d'adapter le déroulement de la visite au cadre de référence

Contenus du cadrage et de la préparation :

➤ Cadrage du projet

- **Définir** le contexte de l'évaluation externe

C'est à dire :

Décrire les différentes phases et élaboration d'un plan d'itinéraire de l'évaluation

Définir une organisation propre à chaque établissement

Définir le rôle de chaque acteur de l'évaluation

Définir les modalités d'accès aux informations des usagers notamment les informations retravaillées dans le dossier des usagers.

- **Lister** les documents que doit fournir l'établissement et collecter les données suivantes :

- Profil de la population servie
- Organisation
- Projet d'établissement et projets associés
- Livret d'accueil
- Contrats...
- Plan d'itinéraire
- Plan de Formation
- Questionnaire(s) de satisfaction
- Procédures en vigueur

D'autres informations, jugées utiles, pourront être données par l'association pour une meilleure compréhension de l'activité de la structure

- Audit des documents, protocoles, pratiques et appréciation leur existence selon la grille :

A ce stade, un premier panorama du fonctionnement de l'établissement se dessinera, montrant des points forts / des points à améliorer.

- ➔ Constitution de l'information non disponible (lorsque des données quantitatives manquent)
 - Indicateurs permettant de mesurer l'impact des pratiques
 - Culture de la bienveillance

L'évaluation recherche d'abord l'impact des pratiques davantage que la qualité du système documentaire. Il est donc nécessaire d'objectiver les effets obtenus. Lors de la phase B, l'évaluation s'attachera à mesurer et comprendre la capacité de l'établissement à produire les effets attendus.

Durée : 2 jours

Phase 2 : Observation et analyse

Objectifs :

- **Etudier les recommandations** de l'ANESM appliquées au sein de l'établissement ainsi que, les différentes procédures mises en place et supports de travail
- **Rechercher les éléments de réponse** au questionnaire évaluatif préalablement défini afin de comparer les réponses avec celles de l'évaluation interne.

Le questionnement s'appuiera sur les thématiques posées dans le décret du 15 mai 2007 telles que :

- les tâches déployées répondent – elles aux besoins et attentes des clients ?
- quels sont les effets observés, attendus et éventuellement inattendus pour les clients, familles, entourage ?
- quel est le niveau de réalisation des objectifs, par exemple en matière de qualité de vie ?
- la personnalisation est-elle effective ?
- les droits sont-ils garantis ?
- quel est le niveau d'intégration des recommandations professionnelles ?
- y a-t-il une dynamique d'amélioration ?
 - Des entretiens individuels et collectifs avec : la direction, le personnel, les usagers et/ou leurs représentants. Cette partie est abordée lors du cadrage afin d'adapter les entretiens à l'établissement (mode de fonctionnement) et aux personnes accueillies
 - Des observations du terrain
 - L'analyse de documents sur site qui ne peuvent pas sortir de l'établissement pour cause de confidentialité.

Un planning sera préalablement défini dans le projet évaluatif.

Les entretiens se dérouleront sur le site et pourront être adaptés selon les contraintes

Durée : 3 jours

Phase 3 : Synthèse

Objectifs :

- ⇒ **Analyser les écarts** et les conformités par rapport au projet évaluatif
- ⇒ **Formuler des propositions ou des pistes d'amélioration** concernant uniquement le cadre de l'évaluation externe
- ⇒ **Rédiger le pré-rapport**

Conformément au cahier des charges du décret du 15 mai 2007, il sera transmis dans un délai de 2 semaines par rapport à la fin de l'évaluation sur site. D'une quarantaine de pages, sa rédaction demande objectivation, reprise des comptes rendus et des données recueillies. Il sera communiqué au directeur de l'établissement. Le directeur devra transmettre ce pré-rapport à l'ensemble du personnel concerné afin de transmettre les observations au cabinet Arsis.

- ⇒ **Valider le pré-rapport**

Le pré-rapport sera présenté par Jean-Pierre GUICHANÉ et Patricia BUISSON lors d'une réunion avec la direction de l'établissement. Lors de cette réunion chaque observation fera l'objet d'une discussion pour être validée afin de permettre la rédaction du rapport final.

- ⇒ **Rédiger le rapport final, la synthèse et l'abrégé de l'ANESM.**

- **Structure du rapport proposé**

Le rapport final reprendra les différentes étapes de l'évaluation externe :

- La présentation de l'établissement,
- La description de la procédure d'évaluation externe,
- les résultats de l'analyse détaillée,
- la synthèse définissant, pour chacun des objectifs, l'efficacité, l'efficience et la dynamique des actions mises en place ainsi que les préconisations et les actions d'amélioration

- ⇒ **Valider le rapport**

- ⇒ **Restituer 4 semaines après la remise du pré-rapport** : le rapport final sera présenté à la direction de l'établissement. Nous préconisons également la présence d'un membre du Conseil d'Administration. Ces points seront définis lors de la première rencontre de préparation.

Durée : 3 jours

5. LE CALENDRIER

Ce travail sera réalisé sur 2 mois (juin et juillet) 2014.

Phases	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
Phase 1	■											
Phase 2				■								
Phase 3								■				

Le rapport final sera remis en fonction de la date de démarrage de l'évaluation externe. Le planning précis sera établi lors de la première rencontre en fonction des contraintes et souhaits de la direction de l'établissement.

6. LES INTERVENANTS

Jean-Pierre GUICHANÉ – Gérant d'ARSIS – Chef de projet évaluation externe – Consultant Formateur

Patricia BUISSON – Consultante – Evalueur
(Curriculum vitae joints en annexe dossier administratif)

Le principe de l'évaluation externe consiste, pour l'équipe d'Arsis, à intervenir à deux évaluateurs sur chaque établissement afin de croiser les observations et analyses, de valider les conclusions ensemble avant de présenter le pré-rapport.

En fonction des spécificités de chaque :

- **un évaluateur intervient sur** l'animation des entretiens individuels ou collectifs, la présentation aux équipes, à la direction, les démarches méthodologiques et leur application, les synthèses et la remise du document final
- **le deuxième évaluateur intervient sur** l'organisation de l'établissement, la vérification des résultats de l'évaluation interne et les prélèvements documentaires, l'intégration des recommandations, des entretiens complémentaires individuels ou collectifs
- En fonction du choix par l'établissement du **registre spécifique** de l'évaluation externe, la répartition du travail autour de la spécificité est faite entre les évaluateurs au départ de l'évaluation et clarifiée avec la direction de chaque établissement
- **Le travail documentaire** est réparti entre les deux évaluateurs en fonction des profils

Le planning de départ, à la suite de la première rencontre, fait apparaître ces éléments d'organisation.

La démarche qualité d'ARSIS

Tout au long de nos démarches nous insistons sur :

- La composante relationnelle permettant de développer une relation coopérative
- La composante méthodologique permettant la gestion du processus d'intervention
- La composante technique permettant l'utilisation d'instruments et de techniques
- La composante synergique permettant de développer les ressources du milieu (par exemple lors d'entretiens avec les usagers)

Nous nous engageons à respecter :

- Les délais d'intervention
- La durée globale d'intervention
- La conformité des modalités d'intervention (intervenants, outils, personnes ressources) avec les termes de la proposition

Des points réguliers décidés en début d'intervention sont faits avec le commanditaire. Ces points permettent d'une part d'ajuster l'intervention et d'autre part de faciliter l'intégration des remarques ou réflexions au fur et à mesure de l'évaluation.

Dans le cadre de nos activités notre cabinet est habilité par l'ANESM pour l'évaluation externe des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux régie par la loi de 2002-2 depuis juillet 2009 sous le numéro H2009-07-045. Nous rendons compte de cette activité tous les 6 mois.

7. LA PROPOSITION TARIFAIRE

- Les journées sont facturées 900 € HT par jour (hors frais de déplacements).
- Le prix comprend la finalisation du rapport ainsi que sa remise sous formats papier et électronique.
- Les frais de déplacements forfaitaires sont de 150,00 € HT. Nous prévoyons 6 déplacements pour l'ensemble de l'évaluation :
 - le cadrage et la préparation de départ (1)
 - les observations et analyses sur site (entretiens direction – équipe – résidents - familles, prélèvements, bilans intermédiaires, (3 journées de terrain)
 - la présentation du pré-rapport (1)
 - la présentation du rapport final (1)

BUDGET TOTAL

Phases	Nombre journées	Prix HT
Phase 1 : Cadrage & Préparation	2	1 800,00
Phase 2 : Observations & analyse	3	2 700,00
Phase 3 : Synthèse & rapport	3	2 700,00
Total nombre journées	8	7 200,00 €
Déplacement	6	900,00 €
TOTAL HORS TAXES		8 100,00 €
TVA		1 620,00 €
TOTAL T.T.C.		9 720,00 €

Pour La Résidence LES CHENES VERTS
Madame Véronique GERBEAU

Pour ARSIS
Monsieur Jean-Pierre Guichané

Planning des 04, 12 et 23 juin 2014

EHPAD LES CHENES VERTS

04 juin 2014	
Horaires	Jean-Pierre GUICHANÉ
9h00-11h00	Lancement de l'évaluation avec Mme Gerbeau et M. Lafon Entretien Direction Directrice Mme GERBEAU
11h00-12h00	Président du CVS
12h00-13h00	Assistante de gestion chargée de l'accueil
13h00-14h00	Pause repas

14h00-15h00	Assistante qualité
15h00-16h00	Infirmière référente
16h00-16h30	Consultant RH
16h00-17h00	Fonctionnement Pharmacie et DPI
16h30-17h30	Point évaluation avec Véronique Gerbeau

12 juin 2014		
Horaires	Patricia BUISSON	Jean-Pierre GUICHANE
9h00-10h00	Médecin coordonnateur	
10h00-11h00	Maitresse de maison – Déléguée du personnel	AMP / référente hygiène
11h00-13h00	Entretiens résidents	AMP / référente « protections »
13h00-14h00	Pause repas	
14h00-15h00	Responsable des cuisines	AMP / référente hygiène
15h00-16h00	IDE référente DPI	Vérification documentaire
16h00-16h45	Point directrice	

23 juin 2014		
Horaires	Patricia BUISSON	Jean-Pierre GUICHANE
9h00-10h30	Entretien Direction	
10h30-11h00	Entretiens résidents	IDE référente nutrition
11h00-13h00	Maitresse de maison	Entretiens résidents
13h00-14h00	Pause repas	
14h00-15h00	ASH / référente blanchisserie	ASH
15h00-16h30	Observations et prélèvements	Registre spécifique autour du dossier du résident et du PAP : méthode de prélèvements et vérifications avec l'IDE référente DPI
16h00-16h45	Points évaluateurs PB – JPG	
16h00-16h45	Point retour sur les 3 journées de visite avec la directrice : présentations des points forts et points d'amélioration à chaud (document diaporama)	



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2020-2024

ENTRE

**L'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine**

ET

Le Département de la Dordogne

ET

La SARL Maison de retraite « La Dryade »

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT.....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
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 des établissements et services du CPOM.....	7
4.2 Les modalités de versement de la 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 - Engagements du Gestionnaire	11
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	11
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	12
4.7 Les frais de siège.....	13
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 13	
4.9 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.....	14
5) Le suivi et l'évaluation du contrat	14
6) Le traitement des litiges.....	16
7) La révision du contrat.....	16
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	16
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	16
10) 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 :

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

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

Et,

La SARL maison de retraite « La Dryade », 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 Monsieur Docteur Franck (directeur).

Visas et références juridiques :

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

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

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

Vu 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 la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 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 1er octobre 2019 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 SARL maison de retraite « La Dryade » 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 SARL maison de retraite « La Dryade » 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: 240001966
 - Statut juridique de l'entité gestionnaire : SARL
 - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : Hébergement personnes âgées
 - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : - EHPAD LA DRYADE

- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
 - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : n°SPAE-18-116 du 10 avril 2018
 - 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 : sans objet
 - 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 :

- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

L'EHPAD La Dryade n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

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

L'EHPAD LA DRYADE est membre du REPID, Réseau EHPAD Privé Indépendant de Dordogne.

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

Sans objet

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

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- 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'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 la SARL maison de retraite « La Dryade » 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, dont la durée est fixée par les textes, 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 soins de l'EHPAD La Dryade 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.

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.

4.1.2 - 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.

4.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

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

L'EHPAD La Dryade 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, **pour les EHPAD**, 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 Les modalités de versement de 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 gestionnaire 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 gestionnaire 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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/2020** se répartit comme suit :

Les quotes-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêté par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation N ou N+1, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reconductible dotations soins Au 01/01/2020 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 000 839 1	EHPAD LA DRYADE	479 140,59		

➤ 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 € TTC)	Dont forfait global dépendance	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
24 000 839 1	EHPAD LA DRYADE	212 209,88	212 209,88	

➤ 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.

4.4.. - Engagements du Gestionnaire

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :
 - ✓ à un taux minimum de 95 %
- 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).

4.5 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, une caisse pivot 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 CSS, 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
- La SARL maison de retraite « La Dryade » 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 désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des 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.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet 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.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 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 (r314-234 et R314-244 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).

Priorités ARS / Conseil Départemental

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,
- 3) 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.

- 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.

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).

4.7 Les frais de siège

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

5) 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 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 gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 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 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.

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD.

- ❖ 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.

- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de l'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors de l'exécution du contrat 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 l'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des

destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

6) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

7) LA REVISION DU CONTRAT

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

8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur de la Délégation
Départementale de la Dordogne
par intérim

Le Président du
Conseil départemental
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➤ LISTE DES ANNEXES

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

- ANNEXE 1 : Le diagnostic partagé

- ANNEXE 2 : Les fiches actions

- ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale

Sans objet

- ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

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.

➤ 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

➤ CONTENU DES ANNEXES



EHPAD La Dryade
28 rue de la Liberté
24400 St Médard de Mussidan

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

EHPAD LA DRYADE

Table des matières

EHPAD LA DRYADE	1
Table des matières.....	2
1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....	3
2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....	3
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE.....	3
2.1.1. Mutualisation	3
1.1.1. Situation financière du gestionnaire	3
1.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM	4
1.2.1. Evaluations internes et externes.....	4
1.2.2. Coopérations et conventions.....	5
1.2.3. Politique des ressources humaines.....	5
1.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	7
3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....	7
2.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE	7
2.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)	7
2.1.2. Analyse des données du tableau de bord	10
2.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	11
2.2.1. Activité - EHPAD La Dryade.....	11
2.2.2. Ressources humaines - EHPAD La Dryade	11
2.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD La Dryade.....	12
2.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD La Dryade.....	14
2.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD La Dryade	15
4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE	17

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
240008391	EHPAD La Dryade	privé	40	40	
TOTAL					

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1.1. MUTUALISATION

Existence d'un siège du gestionnaire : ~~Oui~~ / 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 (€)
TOTAL			

1.1.1. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables (<i>variation des congés payés, reprises...</i>)			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

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. Le renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD LA DRYADE ayant été fait au 03/01/2017 cela impacte les dates des évaluations interne et externe.

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD La Dryade	13/12/2013	03/01/2022

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD La Dryade	22/10/2014	3/01/2024

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

1.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		Clinique Pasteur de Bergerac
Une équipe mobile de gériatrie	X		CH Samuel Pozzi de Bergerac
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Pharmacie Barthelmé de Mussidan
Un établissement de santé	X		CH de Périgueux
Un établissement de santé SSR	X		Château de Bassy
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		CH Vauclaire
Un cabinet dentaire		X	Dr Coury Nabil, dentiste convention non formalisée
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR	X		EHPAD La Madeleine de Bergerac
EHPAD ou USLD disposant d'un PASA	X		EHPAD La Renaissance de Mussidan
Laboratoire d'analyse	X		Laboratoire Novabio de Mussidan
Mairie	X		Mairie de Saint Médard de Mussidan
GCS Santé mentale	X		Convention GCS Santé mentale de Dordogne
Association de sports	X		Siel Bleu
Réseau d'entre aide EHPAD	X		REPID Réseau Etablissements Privés Indépendants de Dordogne
Autres			

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
REPID (RESEAU EHPAD PRIVES INDEPENDANTS DE DORDOGNE)	Le réseau fonctionne très bien avec un coopération et un soutien exceptionnel		Coopération constructive et productive
EHPAD La Renaissance, Mussidan		Coopération à poursuivre car naissante,	Les projets transversaux comme la télémédecine ou les IDEs de nuit ont fait débiter une coopération nouvelle.
ACAD Mussidan		Coopération naissante depuis la mise en place du projet EHPAD Domicile	La coopération est a poursuivre mais reste compliquée à mettre en œuvre,

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	Eléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD La Dryade	La petite taille de l'établissement permet une politique de ressource humaine sur mesure et adaptée à chacun.		

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?		X	L'échange sur le choix des formations est en directe avec les salariés		
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X			
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X			
Adéquation du personnel aux missions ?	X				

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
ANNEE 2019: EHPAD La Dryade	1	Médecin Co	515,76	Remplacement
ANNEE 2020: EHPAD La Dryade	2	IDE Co Agent maintenance	3 744,07 3 055,29	Remplacement
ANNEE 2021: EHPAD La Dryade	0			
ANNEE 2022: EHPAD La Dryade	2	2 ASD	5 988,71 971,57	Remplacement
TOTAL			14 275,40	Remplacement
Provisions déjà constituées				
RESTE FINANCER A				

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 ?
<i>Le Repid nous permet de mutualiser des moyens entre EHPAD en dehors d'un CPOM.</i>			
Formation inter établissement			Efficient
Animations inter établissement			Efficient
Promotion de la Démarche Qualité			Efficient
Réflexion éthique : promotion de la bientraitance, échange de bonnes pratiques			Efficient
Projets stratégiques : étude de projets communs	Gain de temps		Efficient
Achat : achats de matériels			Efficient
Ressources humaines	Souplesse dans le recrutement		Efficient
Communication: partage d'informations			Efficient

3. 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 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.

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*) : Partiel
 Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : Sans PUI
 Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) : Pas d'autorisation spécifique

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*) : 40 hébergements permanents
 Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 0
 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 : Niveau 1

Ressources matérielles

Avis favorable de la commission de sécurité : Oui/~~Non~~
Accès à un groupe électrogène : Oui/~~Non~~
Nombre de chambres individuelles : 26 chambres
Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte Sans objet
Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : Salle de soin

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) : Oui/~~Non~~

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 validé : 747 validé le 24/10/2018

Dernier PMP validé : 231 validé le 24/10/2018

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 %

- Sorties par décès 50 %
- Sorties par hospitalisation 10 %
- Sorties par retour à domicile (ou en milieu ordinaire) 15 %
- Sorties suite à une réorientation vers un autre EMS 25 %

Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % 2 %

(276/13867= 1,99%)

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

Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : 100 %

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) : (23/40) 57,5 %

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 %

Taux de prestations externes : (Quelques jours d'intérim infirmier par an en cas d'urgence, ide malade,)

L'organisation est-elle structurée et stable ?

Taux d'absentéisme (hors formation) : 17,40 %

(Soit environ 4 personnes en maladies en permanence)

Taux d'absentéisme par motif : Maladie principalement

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 : 99,55 %

Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 94,88 %

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 %) :

-Groupe 1 : 9,58 %

-Groupe 2 : 90,42 %

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

Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :

Section dépendance	28,34 %
Section soins	71,66 %

Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :

Section dépendance	30,69 %
Section soins	69,31 %

Taux d'utilisation de la dotation en soins : 93,65 %

Structure des dépenses financées par la dotation de soins :

Dépenses de prestation et fournitures médicales et paramédicales	8,43 %
Dépense personnel :	91,57 %
Matériel médical	0,00 %

e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n° 4)

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) :

La première évaluation interne a eu lieu le 13/12/2013, la seconde le 13/12/2018.

Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) :

La dernière évaluation externe date du 22/10/2014, la prochaine sera prévu en 2022.

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 :

Depuis 4 années, l'EHPAD La Dryade a profondément refondu son systèmes d'information (renouvellement pc, sécurisation, sauvegarde, décentralisation NAS).

L'état suivante est le changement de logiciel soin mais les coûts sont actuellement trop élevés.

2.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD La Dryade	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 ?			

2.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

2.2.1. Activité - EHPAD La Dryade

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 x365</i>)	40*365 = 14 600		
Journées réalisées	14 352		
Taux d'occupation	98,30 %		

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

Le taux de renouvellement des résidents et la nécessité de maintenir les chambres en bonne état, ne nous permet pas d'avoir un taux d'occupation supérieur.

La possibilité d'accueillir 41 personnes âgées temporairement en fonction de la demande, nous permettrait d'optimiser le taux d'occupation.

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.

Avec l'apparition du logiciel Via Trajectoire, nos listes d'attentes sont beaucoup plus dynamiques, cela augmente la réactivité de l'offre pour les personnes âgées.

L'établissement a bien une dizaine de personne en attente mais ce chiffre n'est pas significatif.

2.2.2. Ressources humaines - EHPAD La Dryade

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						0	0
Services généraux						0	0
Animation						0	0
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	6,00		4,20	1,80		0	0
Aide-soignant- AMP-ASG	11,00			3,30	7,70	0	0
Psychologue	0,25			0,25		0	0
Infirmière	2,86				2,86	0	0
Auxiliaires médicaux						0	0
Pharmacien ou préparateur						0	0
Médecin coordonnateur	0,25				0,25	0	0
Autre fonction (à préciser)						0	0
TOTAL	20,36					0	0

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure :
7 médecins traitants sont présents autour de Saint Médard de Mussidan.

Commentaires éventuels :

Le travail avec les médecins traitants est un vrai problème car ils ont trop de patients et de plus la grande majorité des médecins traitants seront en retrait dans les 5 prochaines années.

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)
Agent Entretien	9/365 = 2.4%	0 %	1
ASH	799/(6*365) = 36.48 %	0 %	1
ASD / AMP	739/(11*365) = 18.40 %	0 %	2
IDE	13/(2.86*365)= 0%	0 %	0
Cuisine	0/2*365= 0%	0 %	0

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

2.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD La Dryade

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- Les recettes sur la période :

EHPAD La Dryade	2018			2017			2016		
	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de recettes	212 039	468 549	680 588	180 652	456 728	637 380	182 035	457 762	639 797
Groupe 1	212 039	468 549	680 588	180 652	456 728	637 380	182 035	457 762	639 797
Groupe 2									
Groupe 3									

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

Les recettes sont stables à l'exception des nouveaux appels à projets qui nous permettent de faire augmenter les recettes.

- Les dépenses sur la période :

EHPAD La Dryade	2018			2017			2016		
	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de dépenses	212 179	474 075	686 254	189 351	427 706	617 057	194 441	454 786	649 227
Groupe 1	23 971	44 034	68 006	23 054	36 050	59 105	21 723	32 948	54 671
Groupe 2	188 208	430 041	618 249	166 297	391 656	557 954	172 718	421 838	594 556
Groupe 3									

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

La baisse du groupe 2 en 2017 est lié à un renouvellement de personnels

▪ **Résultats à affecter :**

EHPAD La Dryade		N-1	N-2	N-3
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 :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

EHPAD La Dryade	
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...*) ?

2.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD La Dryade

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

EHPAD La Dryade	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			
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui			
Contrat de séjour	Oui			
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui			
Règlement de fonctionnement	Oui			
Projet d'établissement	Oui			
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			
Projet d'accompagnement personnalisé	Oui			
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Oui			
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>	Oui			
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Non			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	Oui			
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	Non			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Oui			
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	Non			
Livret thérapeutique en place	Non			
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui			
Protocole risque de chute	Oui			
Prévention et prise en charge des escarres	Oui			

Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Oui		Dans le cadre d'appel à projet, il y a donc un risque de non reconduction	
Prise en charge de la douleur	Oui			
Accompagnement de la fin de vie	Oui			
Prise en charge de la dénutrition	Oui			
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui			

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). 	Oui Oui Oui Oui Oui Oui Non

2.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD La Dryade

Nom EHPAD : EHPAD La Dryade				
Date d'effet de la convention : 8 Décembre 2015				
Date de fin de la convention : Début du CPOM				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Etablir un calendrier des instances y compris animation et des menues et le diffuser pour toutes les voies de communication disponible pour assurer la participation des membres,	Planification des instances réalisés	Comme l'établissement est de petite taille, la totalité des résidents sont invités à venir au CVS.	R sauf pour la commission gériatrique	L'établissement bien ayant de très bonne relation avec les médecins libéraux, n'arrivent à les faire venir à la commission gériatrique.
Prévention et gestion des risques	Déplacer la réserve alimentaire sèche	La réserve sèche a déménager comme prévu	R	

Prévenir la maltraitance	Formation Montessori Garantir la mise en œuvre des RBPP	Formation Montessori réalisé (3 sessions) Les RBPP ont été diffusion avec une grande régularité chaque mercredi	R	
Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Professionnaliser l'animation Adapter l'animation au pathologie	Une animatrice est en fonction régulièrement dans l'établissement	R	Planning animation mensuel et PVI de tous les résidents à jour
Démarche qualité	Evaluation de la démarche qualité Mettre en œuvre les évaluations interne et externe	L'évaluation interne a été réalisée. Mais la mise en œuvre d'une démarche qualité plus couvrante serait nécessaire	R	La taille de l'établissement est un frein
Tableau de bord de suivi des dépenses mensuelles	Les dépenses sont suivies	Les logiciels ont été utilisés	R	
Politique de recrutement	Recruter des personnes diplômées Plan de formation adapté	Recrutement de personnes diplômées Plan de formation adapté aux évolutions du métier	R	
Garantir la pertinence des soins	Rédaction du projet de soins et mise à jour annuel Evaluation de la mise en œuvre des soin	Le Rama a été transmis chaque année	Partiel	La formalisation du projet de soin n'est pas assez complète.
Personnaliser l'accompagnement	Projets d'accompagnement personnalisés Garantir la sécurité la nuit	Les PVI ou PAP sont à jour Maintenant une soignante la nuit.	R	
Bon usage du médicament	Sac d'urgence à plomber Garantir la sécurité la nuit	Sac plombé Maintenant une soignante la nuit.	R	
Accompagnement fin de vie	Faire signer convention avec l'équipe de soin palliatif de Bergerac	Convention signé	R	
Améliorer la qualité de la prise en charge et le suivi de l'état du résident.	Réduire le risque de chute Améliorer la prévention et traitement des escarres Garantir l'accès aux soins buccodentaire Garantir la prise en charge de la douleur Améliorer la dénutrition/	Fiche de chute réalisé, suivi des chutes régulière, traçabilité de la douleur mise en place, personnel formé, systématiser la collation nocturne	Partiel	Nous avons pu mettre en œuvre les soins buccodentaire uniquement grâce au financement d'un projet buccodentaire.
Améliorer la coordination avec les professionnels libéraux intervenants dans l'établissement	Améliorer le taux de contrats signé avec les kiné et médecins traitant Commission gériatrique	Les médecins libéraux et kiné ne se déplacent pas pour la commission gériatrique.	NR	
Développer les partenariats	Développer le REPID Réfléchir et mutualiser des actions	La coopération et le réseau repid fonctionne très bien	R	
Participer à via trajectoire		Via trajectoire est utilisé	R	

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?

La taille de l'établissement (40 lits) est un élément aidant à la qualité de la prise en charge car nous pouvons faire réellement des prestations sur mesure pour chaque personnes âgée.

Mais cette même taille de l'établissement est aussi un frein au niveau de l'autonomie financière, ainsi **une augmentation de capacité est indispensable.**

Une augmentation de capacité de **11 lits** comme les textes nous le permettent, nous permettrait :

- _ Un agrandissement par construction du bâtiment.
- _ Cette construction permettrait de supprimer les chambres doubles.
- _ De recruter un personnel d'accueil
- _ De pérenniser l'avenir de l'établissement

- 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) ?

L'établissement est prêt à envisager cette possibilité.

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

L'établissement est prêt à envisager cette possibilité.

Annexes sur les innovations mis en place dans l'EHPAD LA DRYADE :

Thérapie non médicamenteuse : L'approche Montessori

La mise en place grâce aux formations d'une approche non médicamenteuse basé sur les méthodes Montessori

Initiée par le médecin Maria Montessori à partir de 1896 pour les enfants atteints de retard mental, cette méthode a été adaptée par le professeur Cameron Camp pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles cognitifs.

C'est une méthode qui se fonde sur des principes humanistes et propose un accompagnement qui se base sur ce que la personne âgée sait encore faire. Résumé en un propos « Aidez-moi à faire seul »

La mémoire procédurale est principalement utilisée dans cette approche.

Développement de la domotique : Mise en place de rails de transfert :

L'établissement ayant un bâtiment vieillissant et sur une recommandation d'un ergothérapeute, nous avons mis en place sur une partie des chambres (15/26 soit 58%) des rails de transfert au plafond.

Les installations réalisées avec des rails transversaux permettent de rendre une chambre accessible sur toute sa surface, ainsi cela permet très certainement de lutter contre les TMS (Les troubles musculo-squelettiques), donc de faire diminuer les arrêts maladie.

AXE 1: Parcours et coordination

Fiche Action N°1.1	
Redynamiser les liens avec le CH de Périgueux	
<i>Référent : Directeur, MCO</i>	
Constat du diagnostic	La communication et les échanges avec le CH de Périgueux sont trop peu fréquents. Manque de dynamisme dans les échanges entre l'EHPAD La Dryade et le CH de Périgueux.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> - Renouer des liens avec le secteur géronto de l'hôpital de Périgueux, avoir la signature d'une convention de partenariat - Faciliter l'accès aux soins - Aide au diagnostic et à la décision médicale
Description de l'action	Rencontrer la direction de l'hôpital de Périgueux et établir la rédaction d'une convention entre nos deux établissements. Réactualiser la convention existante
Identification des acteurs à mobiliser	MCO, DIRECTION CH de Périgueux
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	Pendant la durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de prises de contact avec le CH de Périgueux. - Nombre de prise en charge venant des urgences et du service gérontologique du CH de Périgueux,
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la bonne communication et des transmissions précises

AXE 1:Parcours et coordination

Fiche Action N°1.2

IDE DE NUIT

Référent : Directeur

Constat du diagnostic	La charge en soin des EHPAD augmentant chaque année et l'embolisation des urgences font apparaître une nécessité d'avoir accès à un infirmier ou une infirmière la nuit.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la qualité et sécurité des soins ponctuels relevant du rôle infirmier sous prescription médicale hors champ de l'HAD • Soutenir et conseiller les équipes de nuit des EHPAD partenaires • Assurer l'évaluation clinique initiale du résident en situation d'urgence hors situation de détresse vitale • Etre l'interlocuteur privilégié du centre 15 • Renforcer la coordination de la prise en charge des personnes âgées au sein du service des urgences
Description de l'action	<p>Un infirmier présent au sein de l'EHPAD de Montpon Ménésterol la nuit, disposant d'un téléphone mobile et d'un véhicule, est partagé par 7 établissements.</p> <p>Chaque début de nuit l'infirmier fait par téléphone, le tour des EHPAD afin de bien identifier l'état de santé des résidents qui interroge les équipes.</p> <p>Si nécessaire il envisage un passage la nuit en accord avec les soignants de chaque établissement.</p> <p>Une fois par mois minimum l'infirmier passera dans chaque établissement pour garder un lien le plus fort possible avec les équipes de nuit.</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • IDE, Aide Soignante de nuit • EHPAD PARTENAIRES
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'EHPAD de Montpon Ménésterol est pilote de ce projet qui a été mis en place sous couvert d'une subvention ARS. • Obtenir la pérennisation du projet et son financement
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisation de nuit • Nombre de retour nocturne des urgences facilité par la présence
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et formation des équipes de nuit • Veiller sans cesse à la bonne coordination et à la traçabilité des interventions

AXE 2: Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.1

EHPAD RESSOURCE

Référent : Directeur

<p>Constat du diagnostic</p>	<p>L'accroissement de la population s'accompagne d'une augmentation de l'âge moyen. Ce mouvement de vieillissement devrait continuer dans les prochaines années. La population âgée est plus importante dans les zones rurales qu'urbaines ce qui nécessite des adaptations spécifiques des activités sociales (accessibilité, services à la personne, santé, etc.). Les besoins du territoire sont de rompre l'isolement des personnes âgées, agir sur la prévention de la perte d'autonomie, apporter du soutien et du répit aux aidants.</p> <p>Les professionnels de santé ainsi que les familles peuvent témoigner d'un manque de coordination entre les différents intervenants du domicile. Il y a un besoin et un enjeu en terme de coordination des différents acteurs, avoir un « référent » serait bénéfique pour une meilleure efficacité.</p> <p>La démographie de la Dordogne, caractérisée par une faible densité, et la montée du vieillissement donnent lieu à la présence de situations complexes pouvant se cumuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement géographique à la campagne entraînant des problématiques de mobilité : de distances, de transports et de services - Fragilité des liens de l'entourage et des réseaux de proximité parfois invisibles pour des personnes qui sont « là depuis toujours ». - Ressources globalement faibles avec une fragilité financière (de nombreuses retraites agricoles) - Inadaptation du logement avec l'avancée en âge : isolation, chauffage, accessibilité...
<p>Objectif opérationnel (ou spécifique)</p>	<p>Compléter l'offre de soins territoriale en proposant aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et à leurs aidants des actions d'accompagnements coordonnés.</p> <p>L'EHPAD La Dryade doit se transformer en maison gériatrique de proximité et s'ouvrir vers l'extérieur.</p>
<p>Description de l'action</p>	<p>L'EHPAD agit sur son environnement en appui du maintien à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déployer un projet d'activités de prévention et d'éducation thérapeutique accessible aux personnes âgées du territoire vivant à domicile, au sein du cadre rassurant de l'EHPAD : Montessori, Activité Physique Adaptée, café des aidants, ateliers nutritionnels, repérages des MND (Maladie Neuro Dégénératives). • Participer à l'aménagement du domicile pour le sécuriser et réduire les hospitalisations en partenariat avec le CICAT (Centre

	<p>d'Information et de conseil en Aides Techniques).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les aidants familiaux et prévenir le risque d'épuisement en leur permettant de bénéficier d'un moment de répit et/ou de changer de contexte avec la personne aidée en participant ou non aux activités thérapeutiques proposées. • Rompre l'isolement des personnes âgées vivant à domicile et particulièrement celles sans moyen de mobilité en créant du lien social entre les bénéficiaires et avec les résidents de l'EHPAD lors d'activités conjointes. • Organiser la mobilité pour rendre le projet accessible à tous • Renforcer les partenariats de proximité. • Repérer les situations à risque tant au niveau des aidants que des aidés dans un objectif de maintien à domicile : couchers tardifs à domicile, sécurisation des nuits, aménagement de l'habitat avec un accompagnement personnalisé.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'Ehpad, IDE, Aide soignantes • Tous les acteurs de terrain du Canton de Mussidan : médecin traitant, SIAD, ACCAD (Association de la Communauté de Communes d'Aide à Domicile)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Financement par l'ARS d'un appel à projet EHPAD Ressource • 1 minibus • Mise à disposition des locaux de l'Ehpad
Calendrier prévisionnel	Dernier trimestre 2019 et développement pendant la durée du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Une file active de 30 bénéficiaires et 8 aidants en moyenne sur l'année sera un indicateur de fonctionnement optimum du projet.
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Entretenir de bonnes relations avec tous les partenaires de terrain • Avoir une communication adaptée et une bonne visibilité • Travail avec l'appui du REPID

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.2	
REPID – Réseau d'Ehpad Privée Indépendant de Dordogne	
<i>Référent : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Réseau dynamique de 6 EHPAD indépendants avec beaucoup d'actions communes mises en place. Potentiel de montée en puissance
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Continuer à optimiser les mutualisations et coopérations avec le REPID (Réseau d'Ehpad Privée Indépendant de Dordogne)
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Réflexion éthique et promotion de la bientraitance : groupes d'échanges de pratique inter-établissement (réunion annuelle IDE Co, réunion éthique inter-établissement...) 2- Ressources humaines : mutualisation de compétences, mutualisation d'actions de formation, recrutements mutualisés de professionnels dits « rares » 3- Logistique : achats en commun (incontinence...), système d'information commun 4- Projets stratégiques : étude de projets en commun, réponse commune aux appels à projet 5- Communication : partage d'informations utiles (orientation des demandes sur établissements du REPID quand pas de places disponibles...)
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD du REPID Organisme de formation, fournisseurs
Moyens nécessaires	Temps de réunions et d'échange REPID Support
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Suivi des échéances et du plan d'actions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre d'actions de formations réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Nombre d'appels à projet commun sur cinq ans Satisfaction des acteurs sur les projets menés en commun. Compte-rendu de réunions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, démarche de la bientraitance

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2.2	
REPID – Réseau d'Ehpad Privée Indépendant de Dordogne	
Réfèrent : Directeur	
Constat du diagnostic	Réseau dynamique de 6 EHPAD indépendants avec beaucoup d'actions communes mises en place. Potentiel de montée en puissance
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Continuer à optimiser les mutualisations et coopérations avec le REPID (Réseau d'Ehpad Privée Indépendant de Dordogne)
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1- Réflexion éthique et promotion de la bientraitance : groupes d'échanges de pratique inter-établissement (réunion annuelle IDE Co, réunion éthique inter-établissement...) 2- Ressources humaines : mutualisation de compétences, mutualisation d'actions de formation, recrutements mutualisés de professionnels dits « rares » 3- Logistique : achats en commun (incontinence...), système d'information commun 4- Projets stratégiques : étude de projets en commun, réponse commune aux appels à projet 5- Communication : partage d'informations utiles (orientation des demandes sur établissements du REPID quand pas de places disponibles...)
Identification des acteurs à mobiliser	EHPAD du REPID Organisme de formation, fournisseurs
Moyens nécessaires	Temps de réunions et d'échange REPID Support
Calendrier prévisionnel	En continu sur le CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Suivi des échéances et du plan d'actions</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Nombre d'actions de formations réalisées en commun/an Nombre de groupes d'échanges de pratique/an Nombre d'appels à projet commun sur cinq ans Satisfaction des acteurs sur les projets menés en commun. Compte-rendu de réunions</p>
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Travail en réseau, coopération, démarche de la bientraitance

AXE 3 Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.1 Bucco dentaire	
<i>Référent : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	La santé bucco-dentaire est un point de la santé à surveiller de façon très particulière.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la qualité et sécurité des soins dentaires • Garantir le suivi des soins dentaires • Former les professionnels sur la santé Bucco-dentaire
Description de l'action	<p>Un dentiste passera de façon régulière faire un diagnostic des soins dentaires.</p> <p>Un dentiste formera régulièrement les personnels sur le suivi de la santé Bucco dentaire</p>
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • IDE, Med Co • Dentiste prestataire
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Le renouvellement du projet bucco-dentaire par l'ARS et donc une subvention ARS.
Calendrier prévisionnel	Si financement, en continu sur le CPOM.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Nombres de bilan réalisé / Nombre de résidents • Nombre de résidents suivi • Nombre de personnel formé
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller sans cesse à la bonne coordination et à la traçabilité des interventions

AXE 3: Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.2

RETEX Gestion des erreurs médicamenteuses

Référent : DIRECTEUR

Constat du diagnostic	La gestion des erreurs médicamenteuse pourrait être améliorée
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la traçabilité sur les erreurs de dispensation de médicaments. Re-parcourir le circuit du médicament et anticiper tous les types d'erreurs possible.
Description de l'action	Reprendre la formalisation, le suivi et la gestion des erreurs médicamenteuses
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none">- Médecin CO, IDE, IDE Co, DIRECTION- Médecins TRAITANTS- PHARMACIE PARTENAIRE
Moyens nécessaires	Changement du logiciel soin serait facilitant
Calendrier prévisionnel	Tout au long du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none">- Nombre d'erreur de dispensation médicamenteuse
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none">- Travailler sur les textes en vigueur- Ne pas oublier les bonnes pratiques en termes de gestion du médicament

AXE 3: Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°3.3 COUVERTURE VACCINALE	
<i>Référent : DIRECTEUR</i>	
Constat du diagnostic	Si la vaccination antigrippale est de pratiquement 100 auprès des résidents, actuellement trop peu de personnel est vacciné : il faut tendre à optimiser et sensibiliser les acteurs professionnels
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Obtenir toujours une couverture proche de 100 pour les résidents Se rapprocher d'une couverture de 80 pour les salariés et surtout les sensibiliser à cet intérêt Dans tous les cas, minimiser les risques de la grippe en milieu collectif et leurs comorbidités Eviter au maximum les arrêts de travail dû à la grippe
Description de l'action	Dès le mois de septembre, sensibiliser les familles et les résidents sur ce fait, et leur demander de nous fournir les prises en charge reçues via leur caisse d'assurance maladie Formation organisée par le Médecin CO afin de sensibiliser tous les acteurs de la structure
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - MCO, IDE, DIRECTION - MEDECINS TRAITANTS - PHARMACIE PARTENAIRE - RESIDENTS ET FAMILLES, CVS
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - Communication auprès des familles afin de récupérer les prises en charge - Formation et information des salariés - Vaccins offerts aux salariés, vaccination par nos IDE
Calendrier prévisionnel	Tout au long du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents vaccinés - Nombre de salariés vaccinés - Nombre d'arrêt maladie lié à la grippe
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> - Bien récupérer les prises en charge - Ne pas oublier les bonnes pratiques en termes d'hygiène et de prévention (lavage des mains, isolement si nécessaire ...)

AXE 5: Performance et management de la qualité

Fiche Action N° 5.1	
Amélioration de la formation du plan de formation	
<i>Référent : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Le plan de formation n'est pas suffisamment formalisé.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Rédaction d'un plan de formation formalisé et discuté avec les représentants du personnel
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver le bon formalisme du plan de formation. • Formalisation du plan de formation • Partager le plan de formation avec des équipes • Réaliser le plan de formation auprès du personnel
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur • Représentant du personnel
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	Dans la première année de la signature du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de formation créé et formalisé • Plan de formation partagé avec les salariés
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion de l'ensemble de l'équipe

AXE 5: Performance et management de la qualité

Fiche Action N° 5.2	
Ajouter le volet médical du projet d'établissement	
<i>Référent : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	Il n'y a pas de volet médical dans le projet d'établissement.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Création d'un volet médical dans le projet d'établissement.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Créer un volet médical proposé par le médecin Co dans le projet d'établissement
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none">• Directeur• Med Co, IDE Co
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	Dans la première année de la signature du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Projet d'établissement mis à jour avec un volet médical
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	

AXE 5: Performance et management de la qualité

Fiche Action N° 5.3	
Amélioration du système de gestion des évènements indésirables	
<i>Référent : Directeur</i>	
Constat du diagnostic	La gestion des évènements indésirables et leurs signalements sont en place au sein de la structure, mais il faut renforcer la méthode, et s'approprier un outil connu de tous
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Création d'un outil adapté à l'Ehpad La Dryade en adéquation avec les recommandations de l'HAS, afin que tout évènement soit notifié et analysé.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Mise au point de l'outil (classeur, fiches ...) • Formalisation d'un outil "interne" et un pour les autorités • Nommer un référent structure • Formation auprès du personnel
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur • Médecin Co • IDE
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Formation éventuelle avec intervenant externe, à mutualiser avec le REPID
Calendrier prévisionnel	Dans les trois ans suivant la signature du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Outil choisi et mis en place • Nombre de déclarations faites • Nombre de déclarations analysées
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion de l'ensemble de l'équipe • Déclarations adaptées et analysées

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Années	Places au début du CPOM	Variation N	Variation N+1	Variation N+2	Variation N+3	Variation N+4	Places à la fin du CPOM
Etablissements /services	Sans objet						
...							
Total							

Volet médical projet d'établissement								
<u>Fiche action n° 5.3</u>	Outil de suivi évènement mise en place	Réalisé		Réalisé				
Évènement Indésirable	Nbre évènement tracé / analysé	100%			100%	100%	100%	

Chapitre V. Abrégé du rapport

1.11.4. LA DEMARCHE D'ÉVALUATION INTERNE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions
La mise en œuvre de l'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche est connue et appropriée - L'évaluation interne est génératrice de dynamique 	<ul style="list-style-type: none"> - Le référentiel d'évaluation interne tourné handicap 	Le référentiel EHPAD handicapé
Démarche qualité et l'amélioration continue	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail collectif généré par l'évaluation interne et poursuivi dans les travaux de groupes - Des protocoles sont mis en place et l'approche évaluation est intégrée 	<ul style="list-style-type: none"> - La fiche d'événement indésirable 	Préciser l'événement
Le suivi des résultats de l'évaluation interne		<ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs d'amélioration sont généraux 	Décliner les indicateurs

--	--	--	--

1.11.5. LA PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM RELATIVES A L'ESSMS.

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Appropriation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Un travail collectif sur les Recommandations de Bonnes Pratiques et la connaissance des RBPP par les professionnels 		
Mobilisation des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> - Les recommandations sont intégrées par le personnel - L'élaboration du livret d'accueil en cours - Le règlement de fonctionnement complet 	<ul style="list-style-type: none"> - Le référentiel d'évaluation interne n'y fait pas référence précisément 	Intégrer les recommandations dans le prochain référentiel pour pouvoir interroger les pratiques

La Bienveillance	- le contrat de séjour pour les nouveaux entrants		Poursuivre le travail autour de la bienveillance appliquée aux situations (analyse de pratiques ou groupe de paroles)
------------------	---	--	---

1.1.1.6. LES CONDITIONS D'ELABORATION, DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Le projet d'établissement	- Les horaires de travail et les modulations possibles pour des temps	- Non validité du projet (le nouveau projet étant en cours de travail et	Finaliser l'écriture du projet

	de production collective	d'écriture)	
Les caractéristiques de la population accueillie	Girage fait régulièrement	- Les caractéristiques ne sont pas dans le projet de 2007 mais dans le rapport annuel d'activités médicales	Intégrer les caractéristiques posées dans les rapports d'activités médicales avec l'évolution de la population accueillie
La participation des usagers au projet d'établissement		- Pas de lisibilité de leur participation au PE de 2007	A intégrer dans le travail du projet en cours

1.11.7. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> - Des conventions de partenariat signées (ex : CHS Vauclair, HAD...) - Formalisation des conventions - L'équipe de soins palliatifs : PALLIA 24 	<ul style="list-style-type: none"> - La place des associations de bénévoles... - Les enquêtes de satisfaction auprès des partenaires sur la vue de l'établissement (évaluation des partenariats) 	Finaliser toutes les formalisations des partenariats mis en place

	<ul style="list-style-type: none"> - Les coiffeur(s) et pédicure 		
Vie culturelle et les animations dans l'établissement		<ul style="list-style-type: none"> - La définition partagée de l'animation à La Dryade et l'intensité des animations 	<ul style="list-style-type: none"> - Les animations systématiques et adaptées par les professionnels ainsi qu'avec des partenariats extérieurs
Intervenants extérieurs			

1.1.1.8. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Accueil et admission	<ul style="list-style-type: none"> - Les modalités d'accueil structurées - La sensibilité pour l'écoute des résidents par l'équipe - L'accueil des familles et le relais auprès de l'équipe - Le CVS et la présidence tenue et suivie 		

	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure d'admission 		
<p>Projet personnalisé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des référents nommés - L'écoute des résidents et le caractère convivial des relations - La transmission des besoins recueillis lors de réunions planifiées - Le projet individuel fait pour tout résident et actualisé - La connaissance des PVI par l'ensemble des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation au quotidien des projets individualisés dans les pratiques - L'utilisation au quotidien des projets individualisés dans les pratiques - La recherche de réponses avec le résident et en fonction de ses capacités 	<p>La transformation des objectifs des projets individualisés dans l'avenant du contrat de séjour</p> <p>Décliner les objectifs en actions précises et interroger les pratiques</p>
<p>Participation des familles</p>			
<p>Projet de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des formations sont organisées 	<ul style="list-style-type: none"> - La vérification systématique de l'administration du 	<p>Repérer la prise de médicament effective par le</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Les protocoles existent à partir des réflexions collectives et sont appliqués par les professionnels - Le traitement des soins de corps (escarres...) - Les prescriptions et le circuit du médicament sont maîtrisés 	<p>médicament (prise effective par le résident)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cahier de traçabilité et stock des toxiques 	<p>résident</p> <p>Préciser dans le cahier toxiques, au-delà des sorties, le stock résiduel</p>
--	--	--	---

3.11.9. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Conseil Vie Sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Le rythme et le contenu bien repérés - La Présidence tenue par une résidente et la participation de familles 	<ul style="list-style-type: none"> - La parole des résidents en amont du CVS 	<p>Mettre en place un dispositif officiel de recueil de la parole des résidents et familles en amont du CVS</p>

Expression des usagers	- Individuellement, la parole est libre avec les professionnels	- La parole est collectée de façon informelle	Mettre en place le recueil de la parole et du traitement de celle-ci
------------------------	---	---	--

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par les évaluateurs externes
Dossier de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> - Le dossier médical bien organisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les dossiers résidents ne sont pas structurés et organisés - Le projet personnalisé avec l'information aux résidents et aux familles 	<p>Organiser les dossiers, leur classement et archivage</p> <p>Présenter le projet personnalisé (PVI) aux familles et résidents avec signature de l'avenant au contrat de séjour</p>
Formation du personnel			
Gestion prévention des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect de l'intimité - Le jardin sécurisé - Les directives anticipées posées systématiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité des chariots soins - Les chambres doubles - Les enquêtes de satisfaction 	<p>La fiche d'événement indésirable</p> <p>Les locaux de rangement des chariots soins à prévoir</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en sécurité de l'établissement - L'adaptation des demandes des résidents pour adapter leur chambre, le nettoyage des fauteuils, la prévention des risques incendie, légionellose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le DUGRP - La vérification systématique de la prise effective du médicament 	<p>Réaliser le DUGRP</p>
<p>Continuité et cohérence des actions</p>		<ul style="list-style-type: none"> - L'affichage des informations aux résidents dans l'ensemble de l'établissement (menus, animations, événements...) 	<p>Organiser les affichages comme des communications aux résidents et familles dans l'ensemble de l'établissement</p>

Chapitre VI. Appréciation globale de l'évaluateur

Les évaluateurs ont eu accès à tous les documents et espaces de vie et de travail de l'EHPAD La Dryade. Le personnel et les résidents rencontrés ont pu s'exprimer librement tout au long des visites. La direction, en changement lors de notre première visite de collecte d'informations, s'est mise à notre disposition tout au long de l'évaluation externe et a engagé une réflexion et des actions et axes de travail après chaque journée de visite. L'établissement est donc réactif et pratique l'amélioration continue.

Cette démarche impulsée par la direction il y a 2 ans a porté ses fruits et permet aujourd'hui une excellente appropriation des équipes et une organisation remarquable malgré la taille de l'établissement.

L'EHPAD La Dryade est conscient des améliorations indispensables autour du projet d'établissement, du livret d'accueil et des activités. Des travaux collectifs ont déjà été mis en œuvre lors de notre intervention.

Ils devront être suivis et accompagnés par la nouvelle direction afin de poursuivre la dynamique réelle d'amélioration déjà instituée et relayée par les cadres et les équipes.

L'équipe est soutenue d'une part par la direction et l'encadrement mais également par la psychologue et le médecin coordonnateur. Les résidents ont été spontanés et ont participé volontiers aux entretiens. La recherche du bien-être est une préoccupation des professionnels ainsi que les soins de qualité

Chapitre VII. Commentaires de l'établissement

Sur le déroulé de l'évaluation externe :

Le déroulement de l'évaluation externe s'est passé dans un climat de sérénité, de calme et des échanges francs et cordiaux.

Sur l'écoute et la posture des évaluateurs :

Les évaluateurs ont été à l'écoute de l'ensemble de l'équipe et des résidents. La posture bienveillante des évaluateurs a permis de redynamiser l'équipe tout en redéfinissant un cadre et une perspective de changement.

Sur l'apport dans la recherche d'amélioration continue :

L'apport de l'évaluation externe nous a permis de gagner en définition d'objectifs, de priorités sur nos axes d'amélioration. Elle nous a aussi permis de nous féliciter sur nos points forts.

Chapitre VIII. Annexes

Projet évaluatif et planning d'évaluation

Chapitre IV. Synthèse

1.7. La démarche d'évaluation interne

1.7.1. LA (OU LES) DEMARCHES D'ÉVALUATION INTERNE MISE(S) EN ŒUVRE PAR L'ESSMS

Points Forts :

- La démarche est connue et appropriée
- L'évaluation interne est génératrice de dynamique
- Des protocoles sont mis en place et l'approche évaluation est intégrée
- Les dossiers ressources humaines pour le personnel sont bien tenus
- Le travail collectif généré par l'évaluation interne et poursuivi dans les travaux de groupes
- La qualité permanente des soins toujours en réflexion par l'équipe soignante

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Le référentiel évaluation interne doit être adapté aux EHPAD (l'orientation est plutôt "personnes handicapées")
- Les objectifs d'amélioration sont généraux
- Les dossiers résidents ne sont pas structurés et organisés

1.7.2. LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM PAR L'ESSMS

Points Forts :

- Un travail collectif sur les Recommandations de Bonnes Pratiques
- La connaissance des RBPP par les professionnels

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Poursuivre le travail autour de la bientraitance appliquée aux situations (analyse de pratiques ou groupe de paroles)

1.8. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement

1.8.1. LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT : ACTUALISATION, PERTINENCE AU REGARD DES MISSIONS DE L'ESSMS, DECLINAISON DE L'OBJECTIF

Points Forts :

- La structure est fonctionnelle en articulation avec les locaux
- Les horaires de travail et les modulations possibles pour des temps de production collective
- La procédure d'admission

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Non validité du projet (le nouveau projet étant en cours de travail et d'écriture)

1.8.2. L'ADAPTATION ENTRE L'OBJECTIF CENTRAL DE L'ESSMS ET LES RESSOURCES HUMAINES, FINANCIERES ET MATERIELLES, MOBILISEES ET CELLES DE SON TERRITOIRE D'INTERVENTION ;

Points Forts :

- Des formations régulières internes et externes sont organisées en fonction des besoins et des questions soulevées
- Des apports gériatriques de la part de la psychologue et du médecin coordinateur
- Analyse des pratiques et groupe de paroles

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Les entretiens annuels d'évaluation
- Les fiches de postes (différentes de fiches de tâches)
- L'ASH est seule la nuit

1.8.3. L'ADEQUATION ENTRE LES BESOINS DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE ET LE PROFIL DES PROFESSIONNELS (FORMATION INITIALE, COMPETENCES) ;

Points Forts :

- L'accompagnement des professionnels lors des transmissions, des PVI, des groupes de paroles et d'analyse de pratiques

Rapport évaluation externe EHPAD LA DRYADE – Saint-Médard-de-Mussidan (24)

1.8.4. LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LEUR PRISE DE POSTE ET ACTIONS (APPLICATION DES BONNES PRATIQUES SOINS, HYGIENE, SECURITE)

Points Forts :

- Des formations sont organisées
- Les protocoles existent à partir des réflexions collectives et sont appliqués par les professionnels
- Le traitement des soins de corps (escarres...)
- L'organisation des soins tenue par l'ensemble des professionnels
- Les prescriptions et le circuit du médicament sont maîtrisés

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Le DUGRP (le document unique de gestion des risques professionnels)
- Chariot des AS est dans le local douche avec des dasri
- Le cahier de balance des toxiques
- La vérification systématique de l'administration du médicament (prise effective par le résident)
- La salariée de nuit fait les dextros
- Les protections dans les toilettes

1.8.5. LES DISPOSITIFS DE PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX MIS EN ŒUVRE DANS L'ESSMS ET LES DISPOSITIFS DE GESTION DE CRISE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES ; LA PRISE EN COMPTE DES FACTEURS DE RISQUES ET D'INSECURITE

Points Forts :

- La formation du personnel sur ces thèmes
- Les registres de sécurité sont actualisés
- Les points de contrôles du groupe électrogène
- L'entretien et la mise en conformité
- L'administration des médicaments
- La tenue des registres de sécurité des médicaments (dont registre toxiques)
- La recherche constante de traçabilité

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La fermeture par l'extérieur des portes de chambres
- L'ASH veilleuse de nuit

Rapport évaluation externe EHPAD LA DRYADE – Saint-Médard-de-Mussidan (24)**1.8.6. LES DONNEES (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) DISPONIBLES AU SEIN DE L'ESSMS PERMETTANT DE CARACTERISER LE PROFIL DE LA POPULATION ACCOMPAGNEE ;****Points Forts :**

- Les PATHOS et GIR sont maîtrisés et actualisés
- La politique médicale (MEDEC et psychologue avec spécialités en gérontologie)
- Le rapport d'activité médicale

1.8.7. LA CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT A ASSURER LA COHERENCE ET LA CONTINUITE DES ACTIONS**Points Forts :**

- L'informatisation par PSI avec les enregistrements
- La recherche de moyens adaptés aux besoins des résidents
- Les projet de soins enregistrés et suivis
- Les PVI alimentés systématiquement et interrogés deux fois par an
- Les transmissions et réunions du mercredi
- La guidance et la coordination

Point d'amélioration, pistes de réflexion :**1.8.8. LA COHERENCE ENTRE LES OBJECTIFS DEVELOPPES DANS LES PROJETS PERSONNALISES ET LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DECLINES PAR L'ESSMS ;****Points Forts :**

- Tous les projets personnalisés (PVI) sont alimentés par les échanges pluridisciplinaires

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La déclinaison opérationnels des objectifs en actions et moyens de mise en œuvre

1.9. Ouverture de l'établissement à son environnement socioculturel et économique

1.9.1. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE,

Points Forts :

- Des conventions de partenariat signées (ex : CHS Vauclair, HAD...)
- Formalisation des conventions
- L'équipe de soins palliatifs : PALLIA 24
- Les coiffeur(s) et pédicure
- Les animations extérieures

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Les animations systématiques et adaptées par les professionnels ainsi qu'avec des partenariats extérieurs
- La place des associations de bénévoles...

1.9.2. LA PERCEPTION DES PARTENAIRES A L'EGARD DU ROLE ET DES MISSIONS DE L'ESSMS ;

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Les enquête de satisfaction auprès des partenaires sur la vue de l'établissement (évaluation des partenariats)

1.9.3. LES MODALITES DE COORDINATION ET D'INTEGRATION DES INTERVENTIONS DES PERSONNES EXTERIEURES A L'ESSMS AUTOUR DU PROJET DE CHAQUE PERSONNE ;

Points Forts :

- La place du médecin coordonnateur
- Le PVI et son suivi

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La participation, ou recueil des observations des intervenants extérieurs dans l'élaboration du PVI

Rapport évaluation externe EHPAD LA DRYADE – Saint-Médard-de-Mussidan (24)**1.9.4. LES RESSOURCES MOBILISEES SUR LE TERRITOIRE POUR MAINTENIR OU FACILITER LES LIENS SOCIAUX ET DE CITOYENNETE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES****Point d'amélioration, pistes de réflexion :**

- Les liens avec la commune de Mussidan

**1.10. Personnalisation de l'accompagnement,
expression et participation individuelle et collective des
usagers**

1.10.1. LES OUTILS ET METHODES D'OBSERVATION, DE RECUEIL ET D'EVALUATION ADAPTES PERMETTANT A L'ESSMS D'ELABORER LES PROJETS PERSONNALISES,**Points Forts :**

- Des référents nommés
- L'écoute des résidents et le caractère convivial des relations
- La transmission des besoins recueillis lors de réunions planifiées
- Le projet individuel fait pour tout résident et actualisé
- La participation des professionnels et connaissance du projet
- La connaissance des PVI par l'ensemble des professionnels

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La transformation des objectifs des projets individualisés dans l'avenant du contrat de séjour
- L'utilisation au quotidien des projets individualisés dans les pratiques

1.10.2. LES MODES DE PARTICIPATION DES USAGERS**Points Forts :**

- Les modalités d'accueil structurées
- La sensibilité pour l'écoute des résidents par l'équipe
- L'accueil des familles et le relais auprès de l'équipe
- Le CVS et la présidence tenue et suivie

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La formalisation des modes de participation individuels et collectifs

1.10.3. LE RYTHME D'ACTUALISATION DU PROJET PERSONNALISE

Points Forts :

- Le projet est interrogé alimenté deux fois par an de façon systématique et planifiée

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Le lien entre les objectifs actualisés et les avenants au contrat de séjour une fois par an

1.10.4. LES MODALITES PERMETTANT AUX USAGERS (OU LE CAS ECHEANT A LEUR REPRESENTANT LEGAL) D'ACCEDER AUX INFORMATIONS LES CONCERNANT

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- Information aux résidents et familles

1.10.5. LES MODALITES DE PARTICIPATION FAVORISANT L'EXPRESSION COLLECTIVE DES USAGERS ;

Points Forts :

Cf. réponse précédentes

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

Cf. réponses précédentes

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

1.11.1. LES MODES D'ORGANISATION DE L'ESSMS POUR PERMETTRE LE RESPECT DE LA DIGNITE ET DU DROIT A L'INTIMITE ;

Points Forts :

- L'élaboration du livret d'accueil en cours
- Le règlement de fonctionnement complet
- Le contrat de séjour pour les nouveaux entrants
- Les paravents pour les toilettes dans les chambres doubles

Rapport évaluation externe EHPAD LA DRYADE – Saint-Médard-de-Mussidan (24)

- Le respect de l'intimité
- Le jardin sécurisé
- Les directives anticipées posées systématiquement

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- L'affichage des informations aux résidents dans l'ensemble de l'établissement (menus, animations, événements...)
- Le projet personnalisé avec l'information aux résidents et aux familles
- Les chambres doubles
- Les enquêtes de satisfaction

1.11.2. LES MODALITES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Points Forts :

- La formation à la bientraitance
- Le recours aux remplacements par des personnes connues
- La communication interne

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La recherche de réponses avec le résident et en fonction de ses capacités
- Les horaires de repas soirs et heure petits déjeuners (grande plage) : la formalisation de la collation proposée entre le diner et le petit-déjeuner
- La définition partagée de l'animation à La Dryade et l'intensité des animations

1.11.3. LA PRISE EN COMPTE DES PRINCIPAUX RISQUES RELATIFS AUX SPECIFICITES DES USAGERS ET AUX CONDITIONS D'ACCOMPAGNEMENT, IDENTIFIES PAR L'ESSMS ;

Points Forts :

- La mise en sécurité de l'établissement
- L'adaptation des demandes des résidents pour adapter leur chambre, le nettoyage des fauteuils, la prévention des risques incendie, légionellose.

Point d'amélioration, pistes de réflexion :

- La fiche d'événements indésirables à rendre plus efficiente
- La veille de nuit avec du personnel aide soignant sous réserve du renouvellement de la convention tripartite.
- Le DUGRP

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.20

Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
Annexes Plans Pluriannuels d'Investissements (PPI).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) SANS POUVOIR: Joëlle HUTH

RAPPORTEUR :

AJOURNÉE

Pour : 0

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.20

Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
Annexes Plans Pluriannuels d'Investissements (PPI).

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,

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL,

DECIDE d'ajourner l'examen de ce dossier.

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics.

Jeannik NADAL



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 25 NOVEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.VIII.21

Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et
des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
en vue d'un financement complémentaire des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

DATE DE LA CONVOCATION : 20/11/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Thierry BOIDÉ, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Corinne DE ALMEIDA, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Serge MERILLOU, Jeannik NADAL, Juliette NEVERS, Germinal PEIRO, Brigitte PISTOLOZZI, Pascal PROTANO, Annie SEDAN, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Marie-Rose VEYSSIÈRE

ABSENT(S) EXCUSÉ(S) AVEC POUVOIR :

Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Thierry BOIDÉ	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Natacha MAYAUD	pouvoir à	Pascal PROTANO	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Annie SEDAN

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 31

Contre : 0

Abstention(s) : 0

Non-participation(s) : 0

Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 25 NOVEMBRE 2019

N° 19.CP.VIII.21

Avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne et
des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
en vue d'un financement complémentaire des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ci-annexés entre
l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA), le Département de la Dordogne et :

- L'Association « Sainte-Marthe – La Madeleine », Gestionnaire de l'EHPAD « La Madeleine »
à BERGERAC ;
- Le Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double (CHICRDD), Gestionnaire de
l'EHPAD « Chenard » du Centre Hospitalier de SAINT-AULAYE et de l'EHPAD du Centre
Hospitalier de RIBERAC ;
- L'Etablissement Public Autonome Communal de LA ROCHE-CHALAIS, Gestionnaire de l'EHPAD
« La Porte d'Aquitaine » à LA ROCHE-CHALAIS ;
- L'Etablissement Public Autonome Communal de MONPAZIER, Gestionnaire de l'EHPAD
« Résidence Le Périgord » à MONPAZIER ;
- L'Etablissement Public Autonome Communal de MONTPON-MÉNESTÉROL, Gestionnaire de
l'EHPAD « Foix de Candalle » à MONTPON-MÉNESTÉROL ;
- L'Etablissement Public Autonome Communal de SALIGNAC-EYVIGUES, Gestionnaire de l'EHPAD
« Marcel Cantelaube » à SALIGNAC-EYVIGUES ;
- L'Etablissement Public Autonome Communal de LANOUAILLE, Gestionnaire de l'EHPAD
« Les Jardins de Plaisance » à LANOUAILLE.

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

Pour le Président et par délégation,
le Vice-président chargé des finances,
administration générale, marchés publics,

Annexes à la délibération n° 19.CP.VIII.21 du 25 novembre 2019.

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
en date du 27 septembre 2019**

Conclu entre :

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

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

Et

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes La Madeleine, 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 Sylvain CONNANGLE (directeur).

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020/2024 entre l'EHPAD « La Madeleine » de BERGERAC, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 27 septembre 2019 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'association « Sainte Marthe - La Madeleine » n° _____ en date du _____, actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° _____ en date du _____ attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;
- **Vu** la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 4.1.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2020-2024 est modifié comme suit :

- Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

.....

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

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002337	EHPAD « La Madeleine »	1 425 207,38 €	1 367 607,38 €	48 600,00 € (UHR)
				9 000,00 (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
en date du 1^{er} janvier 2019**

Conclu entre :

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

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.

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019/2023 entre les EHPAD (Ribérac, Saint Aulaye et Saint Privat en Périgord) du Centre Hospitalier Intercommunal Ribérac Dronne Double (CHICRDD), l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 1^{er} janvier 2019 ;
- **Vu** la délibération du Conseil de surveillance du CHICRDD n° _____ en date du _____, actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° _____ en date du _____ attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;
- **Vu** la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 4.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

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

.....

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

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240016055	CHICRDD	1 812 783,40 €	1 794 783,40 €	18 000,00 € (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022
en date du 15 janvier 2018**

Conclu entre :

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

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

Et

L'établissement médico-social communal, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, Mme DELIBIE Maryse, Directrice.

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018/2022 entre l'EHPAD «La Porte d'Aquitaine» de LA ROCHE CHALAIS, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 15 janvier 2018 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD de LA ROCHE CHALAIS n° **en date du** actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° **en date du** attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;
- **Vu** la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 4.1 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2018-2022 est modifié comme suit :

.....

- Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le cas échéant, au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire, ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental sur la base des éléments contenus dans le tableau ci-dessous. La participation du département est versée mensuellement.

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002212	La Porte d'Aquitaine LA ROCHE CHALAIS	619 698,02 €	610 698,02 €	9 000,00 € (PASA)

.....

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
en date du 1er janvier 2019**

Conclu entre :

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

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.

;

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019/2023 entre l'EHPAD «Résidence Le Périgord » de MONPAZIER, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 1^{er} janvier 2019 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD de MONPAZIER n° 2019-21 en date du 22 octobre 2019, actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° _____ en date du _____ attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;

- Vu la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 3.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

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

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 226 1	Résidence « Le Périgord » - EHPAD de MONPAZIER	479 909,27 €	470 909,27 €	9 000,00 € (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
en date du 1^{er} août 2018**

Conclu entre :

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

L'EHPAD & SSIAD Foix de Candalle – Montpon, établissement public autonome 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 Sylvaine CELERIER, directeur.

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019/2023 entre l'EHPAD « Foix de Candalle » de MONTPON MENESTEROL, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 1^{er} août 2018 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD de MONTPON n° _____ en date du _____, actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° _____ en date du _____ attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;
- **Vu** la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 4.1.4 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

- **Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence**

.....

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

Finess	Etablissement	Base reductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002196	EHPAD FOIX DE CANDALLE	695 340,13 €	686 340,13 €	9 000,00 € (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
en date du 21 décembre 2018

Conclu entre :

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président ;

Et

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général ;

Et

L'EHPAD Marcel Cantelaube (établissement public autonome), représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Madame Sylvie ROUSSEL, Directrice ;

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019/2023 entre l'EHPAD « Marcel Cantelaube » de Salignac-Eyvigues, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 21 décembre 2018 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD de Salignac-Eyvigues n° _____ en date du _____, actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil départemental n° _____ en date du _____ attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;
- **Vu** la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 3.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

.....

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

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 227 9	EHPAD Marcel Cantelaube	522 172,75 €	513 172,75 €	9 000,00 € (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

Le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé,
Par délégation,
La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**Avenant n° 1
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019-2023
en date du 21 décembre 2018**

Conclu entre :

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,

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Les Jardins de Plaisance » de Lanouaille représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Mme Honorine BORDAS, Directrice.

Cadre réglementaire :

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2019/2023 entre l'EHPAD « Les jardins de Plaisance » de LANOUAILLE, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 21 décembre 2018 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD « Les jardins de Plaisance » de Lanouaille n° en date du , actant la participation du Département au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ;
- **Vu** la délibération du Conseil Départemental n° en date du attribuant un financement complémentaire aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposant d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) autorisé ;
- **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 avenant au contrat pluriannuel ;

- Vu la décision du 1^{er} octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 4.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

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

.....

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

Finess	Etablissement	Base reconductible dotations dépendance	<i>Dont forfait global dépendance au 1/1/2019</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 001 4894 4	Ehpad « Les Jardins de Plaisance »	491 971,52 €	482 971,52 €	9 000,00 € (PASA)

...

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

La Directrice par intérim
de la Délégation Départementale de Dordogne,
Agence Régionale de Santé

Le Président
du Conseil départemental
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,