REPUBLIQUE FRANÇAISE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS DU DEPARTEMENT

(Tome II)

N° 12 – DECEMBRE 2019

COMMISSION PERMANENTE
DU CONSEIL DEPARTEMENTAL
(IX)

Réunion du 16 décembre 2019

DELIBERATIONS
(n^{os} 19.CP.IX.1 à 19.CP.IX.31)

(1er recueil)

**

COMMISSION PERMANENTE DU 16 décembre 2019 – CP IX

Noms	Absents	Pouvoir donné à	N° Délibération
Groupe Socialiste et Apparentés			
Mme DE ALMEIDA	Excusée de 9h45 à 11h35	M. LOTTERIE	n° 1 à 55
Mme ANGLARD	Excusée de 9h45 à 9h55	Mme SEDAN	n° 1 à 3
M. BOURDEAU	Excusé de 9h45 à 10h00 et de 11h32 à 11h35	Mme NEVERS	n° 1 à 12 et n° 53 à 55
M. MÉRILLOU	Excusé de 9h45 à 10h15	M. MAGNE	n° 1 à 27
Mme BOUCAUD	Excusée de 11h00 à 11h35	Mme LANGLADE	n° 44 à 47 et n° 49 à 55
Mme BORDES	Excusée de 11h20 à 11h35	Mme PISTOLOZZI	n° 46 et 47 et de 49 à 55
M. NADAL	Excusé de 11h25 à 11h35	M. BAZINET	n° 49 à 55
M. DELMARÈS	Excusé de 11h30 à 11h35	Mme LABARTHE	n° 51 à 55
M. TEILLAC	Excusé de 11h30 à 11h35	M. DROIN	n° 51 à 55
Groupe Communiste, Front de Gauche et Apparentés			
M. ZACCARON	Excusé toute la séance (9h45 à 11h35)	Mme VARAILLAS	n° 1 à 55
Les Républicains et Apparentés			
Mme MARTY	Excusée de 9h45 à 9h50	M. BOUSQUET	n° 1 et 2
Le Rassemblement de la Dordogne			
M. BENFEDDOUL	Excusé toute la séance (9h45 - 11h35)	Mme HUTH	n° 1 à 55
M. BOIDÉ	Excusé toute la séance (9h45 à 11h35)	M. PROTANO	n° 1 à 55
Mme MAYAUD	Excusée de 10h35 à 11h35	N'a pas donné pouvoir	n° 43 à 55

N° et titre de la délibération	Observations
N° 2 - Société d'Economie MIxte du PERigord - SEMIPER. Pacte d'actionnaires.	Non-participation des Administrateurs de la SEMIPER
N° 14 - SEMITOUR-PERIGORD. Tarifs 2020 des sites culturels de la Grotte du Grand Roc et du Gisement préhistorique de Laugerie Basse, des Châteaux de BIRON et de BOURDEILLES et du Cloître de CADOUIN.	Non-participation des Administrateurs de la SEMITOUR-PERIGORD
N° 15 - SEMITOUR-PERIOGORD. Tarifs 2020 des sites départementaux touristiques et sportifs de ROUFFIAC et SAINT-ESTEPHE.	
N° 16 - Avenant n° 8 à la convention de Délégation de Service Public (DSP) du 6 mars 2015 pour l'exploitation du Centre International de l'Art Pariétal (CIAP) LE THOT conclue avec la SEMITOUR-PERIGORD. Modification du périmètre exploité par la SEMITOUR au Parc animalier du THOT.	
N° 46 - Syndicat Mixte du Parc Naturel Régional Périgord-Limousin (PNR-PL). Projet de réforme statutaire.	Le Groupe Socialiste et Apparentés, 19 membres, vote « CONTRE » ; 2 membres, vote « POUR » ; Le Groupe Communiste, Front de Gauche et Apparentés, 3 membres, vote « CONTRE » ; Le Groupe Le Rassemblement de la Dordogne, 4 membres, vote « CONTRE » ; 1 membre, sans pouvoir ; Le Groupe des Républicains et Apparentés, 2 membres, vote « CONTRE ».

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Réunion du 16 décembre 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. BOUSQUET,
DELMARÈS,
MAGNE,
MERILLOU,
PROTANO,
TEILLAC.

Mmes CHEVALLIER,
HUTH,
MARTY,
MAYAUD,
NEVERS,
PISTOLOZZI,
VEYSSIÈRE M-R.

ABSENTS EXCUSÉS :

Mme Corinne DE ALMEIDA donne pouvoir à M. Jean-Paul LOTTERIE de 9h45 à 11h35
(délibérations n°s 1 à 55) ;
Mme Régine ANGLARD donne pouvoir à Mme Annie SEDAN de 9h45 à 9h55
(délibérations n°s 1 à 3) ;
M. Pascal BOURDEAU donne pouvoir à Mme Juliette NEVERS de 9h45 à 10h00 et de 11h32 à 11h35
(délibérations n°s 1 à 12 et n°s 53 à 55) ;
M. Serge MERILLOU donne pouvoir à M. Jean-Michel MAGNE de 9h45 à 10h15
(délibérations n°s 1 à 27) ;
Mme Christelle BOUCAUD donne pouvoir à Mme Colette LANGLADE de 11h00 à 11h35
(délibérations n°s 44 à 47 et n°s 49 à 55) ;
Mme Mireille BORDES donne pouvoir à Mme Brigitte PISTOLOZZI de 11h20 à 11h35
(délibérations n°s 46 et 47 et n°s 49 à 55) ;
M. Jeannik NADAL donne pouvoir à M. Didier BAZINET de 11h25 à 11h35
(délibérations n°s 49 à 55) ;
M. Frédéric DELMARÈS donne pouvoir à Mme Cécile LABARTHE de 11h30 à 11h35
(délibérations n°s 51 à 55) ;
M. Christian TEILLAC donne pouvoir à M. Jean-Fred DROIN de 11h30 à 11h35
(délibérations n°s 51 à 55) ;
M. Armand ZACCARON donne pouvoir à Mme Marie-Claude VARAILLAS
de 9h45 à 11h35
(délibérations n°s 1 à 55) ;
Mme Elisabeth MARTY donne pouvoir à M. Dominique BOUSQUET de 9h45 à 9h50
(délibérations n°s 1 et 2) ;
M. Adib BENFEDDOUL donne pouvoir à Mme Joëlle HUTH de 9h45 à 11h35
(délibérations n°s 1 à 55) ;
M. Thierry BOIDÉ donne pouvoir à M. Pascal PROTANO de 9h45 à 11h35
(délibérations n°s 1 à 55) ;
Mme Natacha MAYAUD n' a pas donné pouvoir de 10h35 à 11h35
(délibérations n°s 43 à 55).

ASSISTENT à la SEANCE :

Mme GERVAISE,
M. LAJUGIE,
M. LAMONERIE.

La séance est ouverte à 9h45 et levée à 11h35.

**

La date de la prochaine réunion de la Commission Permanente
du Conseil départemental est fixée le **lundi 16 mars 2020 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 16 décembre 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 pour la réalisation d'investissements matériels.

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

2) Société d'Economie MIxte du PERigord - SEMIPER. Pacte d'actionnaires.

3) Aménagement de l'Espace Mémoire Résistance et Déportation en Dordogne aux Archives départementales de PERIGUEUX. Validation de la convention d'assistance à maîtrise d'ouvrage entre le Département et l'Agence Technique Départementale (ATD) pour la désignation du scénographe.

4) Aménagement et extension de la partie hébergement de la Base de loisirs de ROUFFIAC. Dépôt de l'autorisation de défricher.

5) Unité Territoriale de NONTRON. Convention d'occupation temporaire d'un immeuble à usage de bureaux au n° 1, Allée de Bussac à NONTRON.

6) Echange de parcelles de terrain sur le territoire de la Commune de THONAC dans le cadre de la gestion foncière du Centre d'Interprétation et Parc animalier du THOT.

7) Avenant n° 2 à la convention de mise à disposition gracieuse du 25 août 2010 des locaux du Centre d'accueil du Pôle d'Interprétation de la Préhistoire (PIP) - LES EYZIES.

8) Site Départemental du LAC DE GURSON. Convention d'occupation privative du Camping "Lac de Gurson" CARSAC-DE-GURSON.

9) Syndicat Mixte Ouvert "Etablissement Public Territorial de Bassin (EPTB) Charente". Désignation d'un Délégué suppléant.

10) Convention pour la diffusion des fichiers fonciers entre le Département de la Dordogne et l'Agence Technique Départementale (ATD).

11) Valorisation des déchets informatiques.

12) Cession à titre gracieux de matériel informatique à l'Association OSTAL NUMERIQUE.

13) Cession à titre gracieux de matériel informatique à des collèges départementaux.

14) SEMITOUR-PERIGORD. Tarifs 2020 des sites culturels de la Grotte du Grand Roc et du Gisement préhistorique de Laugerie Basse, des Châteaux de Biron et Bourdeilles et du Cloître de Cadouin.

15) SEMITOUR-PERIGORD. Tarifs 2020 des sites départementaux touristiques et sportifs de Rouffiac et Saint-Estèphe.

16) Avenant n° 8 à la convention de Délégation de Service Public (DSP) du 6 mars 2015 pour l'exploitation du Centre International de l'Art Pariétal (CIAP) LE THOT conclue avec la SEMITOUR-PERIGORD. Modification du périmètre exploité par la SEMITOUR au Parc animalier du THOT.

17) Fédération Unie des Auberges de Jeunesse (FUAJ). Tarifs 2020 - Auberge de Jeunesse de Cadouin.

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

18) Convention de partenariat entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département de la Dordogne pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers des jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

19) Centre Départemental de Santé : demande de financement européen au titre du Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural (FEADER).

20) Fonds Social Européen 2014-2020. Gestion de la subvention globale : lancement de l'appel à projets pour la programmation 2020.

21) Fonds Social Européen 2014-2020. Gestion de la subvention globale FSE. Demande de crédits complémentaires.

Routes (M. AUZOU)

22) Programme général de modernisation du réseau routier. Programme de traverses d'agglomérations. Programme de grosses réparations d'ouvrages d'art. Programme 2020.

23) Opérations de sécurité routière sur Routes départementales. Programme 2020.
Prise en considération d'opérations à programmer.

24) Routes départementales n° 31 et n° 32. Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC. Aménagement d'un carrefour giratoire au lieu-dit "Réta".

25) Route départementale n° 113. Commune de COULOUNIEIX-CHAMIERS. Réalisation d'un chemin d'accès commun à la Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités (DPRPM) et au Lycée Agricole "LA PEYROUSE" entre le Département de la Dordogne et la Région Nouvelle-Aquitaine.

26) Avenant n° 2 à la convention n° 2016-056 de co-maîtrise d'ouvrage pour la réalisation des travaux relatifs aux sections prioritaires du Programme d'aménagement des itinéraires alternatifs sur le territoire de l'agglomération de PERIGUEUX entre le Département de la Dordogne et la Communauté d'Agglomération du GRAND PERIGUEUX.

27) Déclassement du domaine public routier départemental. Route départementale n° 710 - Commune de MAZEYROLLES. Transferts de domanialité. Route départementale n° 80 - Commune d'ANGOISSE.

28) Transactions foncières sur le territoire des Communes de COURS-DE-PILE et de MAZEYROLLES.

Personnes âgées et personnes handicapées (Mme SEDAN)

29) Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de COULOUNIEIX-CHAMIERS, VAL-DE-LOUYRE-ET-CAUDEAU et THENON.

30) Avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de CADOUIN. Annexe Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).

31) Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec la Fondation John Bost - Site de la Vallée de la Dordogne à LA FORCE.

32) Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec la Fondation de Selves à SARLAT-LA-CANEDA.

33) Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec l'Association ALTHEA à SARLAT-LA-CANEDA.

34) Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024 avec l'Association Départementale des personnes Handicapées Physiques et Polyhandicapées (ADHP) à SAINT-ASTIER.

35) Contrat-type Pluriannuel d'Objectifs de Moyens (CPOM) conclu entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS-NA), le Département de la Dordogne et les Services signataires dans le cadre de l'expérimentation SPASAD - Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile - 2ème génération CPOM 2020-2021.

Education (Mme NEVERS)

36) Actualisation 2019/2020 du Guide des Procédures. Modalités de collaboration entre le Département et les Etablissements Publics Locaux d'Enseignement (EPLE).

37) Répartition de subventions au titre du Fonds Commun des Services d'Hébergement (FCSH).

38) Convention d'utilisation du gymnase du Collège Jean Moulin de COULOUNIEIX-CHAMIERS par le Club Omnisport de Coulounieix-Chamiers (COCC) pour l'année scolaire 2019-2020.

39) Conventions d'occupation de logement à titre précaire dans les collèges pour l'année scolaire 2019-2020. 5ème attribution.

40) Décision portant concession de logement par nécessité de service au Collège Dronne Double à SAINT-AULAYE. Abrogation de la décision n° 890504 du 14 avril 1989 portant concession de logement au profit des personnels administratifs et de l'intendance.

Solidarités territoriales et développement local (Mme LABARTHE)

41) Politique des Solidarités Territoriales. Programmation des Avenants aux Contrats de Projets Communaux pour la période 2016-2020. Avenant n° 1 au Canton de Saint-Astier.

42) Politique des Solidarités Territoriales. Programmation des Contrats de Projets Territoriaux pour la période 2016-2020. Communauté de communes TERRASSONNAIS EN PERIGORD NOIR THENON HAUTEFORT.

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

43) Contrat de Transition Ecologique (CTE) du Bergeracois. Engagement du Département aux côtés des acteurs du territoire.

44) Convention de partenariat entre le Département de la Dordogne et le Lycée d'Enseignement Général, Technologique et Agricole (LEGTA) "La Peyrouse" à COULOUNIEIX-CHAMIERS. Chantier-école sur la propriété départementale de la zone humide de "Lacaujamet Sud" à SAINT-ESTEPHE.

45) Prise en compte et préservation des espèces de Chiroptères lors des travaux de construction, de restauration et d'entretien des Ouvrages d'art situés sur le Réseau routier départemental. Convention d'application n° 6 "Ouvrages d'art et Chiroptères" entre le Département de la Dordogne et le Conservatoire des Espaces Naturels d'Aquitaine (CENA Aquitaine) sur l'Exercice 2019.

46) Syndicat Mixte du Parc Naturel Régional Périgord-Limousin (PNR-PL). Projet de réforme statutaire.

47) Adhésion de la Région Nouvelle-Aquitaine et du Département de la Charente au Syndicat Mixte Ouvert EPIDOR.

Jeunesse et sports (Mme BOUCAUD)

48) Direction des Sports et de la Jeunesse. Convention de partenariat pour la labellisation "Terre de jeux 2024" avec le Comité d'Organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques (COJOP) PARIS 2024.

Agriculture, forêt et aménagement rural (M. BAZINET)

49) Soutien aux investissements dans les exploitations agricoles. Attribution de subventions.

50) Organismes et Structures agricoles. Subventions d'investissement.

51) Attribution de subvention exceptionnelle à AGROBIO PERIGORD - Association de Développement de l'Agrobiologie en Périgord (ADAP).

Culture et langue occitane (Mme ANGLARD)

52) Organisation du 40ème anniversaire du classement de la Vallée Vézère au Patrimoine mondial de l'UNESCO. Organisation de l'événement et demande de subvention auprès de la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC).

53) Transformation de la Régie de recettes instituée auprès des Archives départementales en Régie d'avances et de recettes.

Logement (Mme VARAILLAS)

54) Politique Départementale de l'Habitat. Convention d'intégration de PROCIVIS Nouvelle-Aquitaine en qualité de partenaire du Programme Départemental de Lutte contre la Précarité Energétique 2019-2021.

55) Conventions de partenariat pour le financement du Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL) par 4 Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), un Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) et un Syndicat Intercommunal d'Aide Sociale (SIAS). Année 2019.

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT | dordogne.fr

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1937614fcda6-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.1

Actions générales d'animation économique.
Attribution de subventions aux Entreprises du secteur de l'agroalimentaire pour la réalisation d'investissements matériels.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Natacha MAYAUD, 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 :

Régine ANGLARD	pouvoir à	Annie SEDAN	Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Joëlle HUTH
Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO	Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Colette LANGLADE

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.1

Actions générales d'animation économique.
Attribution de subventions aux Entreprises du secteur de l'agroalimentaire pour la réalisation d'investissements matériels.

Section : INVESTISSEMENT		DEPENSES
Imputation : 906 / 632 / 20421.62 / 0 / 2019 / ECO		
Autorisation de programme votée	:	1 010 000,00€
Décision : Affectation N° : 2019 13630 1	:	56 027,49€
Autorisation de programme disponible après la Com.Perm^{te}.	:	59 984,66€

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 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 56.027,49 € 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 56.027,49 € à répartir entre les Entreprises bénéficiaires figurant sur la liste ci-annexée (annexe I).

VALIDE la liste des Bénéficiaires ci-annexée (annexe I).

Une Décision Attributive de Subvention 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 la convention ci-annexée (annexe II) à intervenir entre le Département de la Dordogne et la SARL CHAMBON & LAURENT à CASTELNAUD-LA-CHAPELLE.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à la 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 I à la délibération n° 19.CP.IX.1 du 16 décembre 2019.

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

	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	SARL CHAMBON & LAURENT / ECOMUSEE DE LA NOIX	Domaine de Vielcroze	24250	Castelnaud-la-Chapelle	Vallée Dordogne	30/10/2019	Production et transformation produits à base de noix	Acquisition matériel de production	109.141,66 €	109.141,66 €	25%	**27.285,42 €**
2	SARL L'ATELIER DES MARAÎCHERS	129, avenue Aristide Briand-Le Pont Roux	24100	Bergerac	Bergerac	08/08/2019	Transformation fruits et légumes	Acquisition équipement de transformation	58.213,07 €	58.213,07 €	20%	**11.642,61 €**
3	SAS ARTI'ZIN / AUX DELICES DE LA DOUBLE / DELICES DE NOS CAMPAGNES	6, route de la Double	24600	Vanxains	Ribérac	20/11/2019	Boulangerie Pâtisserie	Acquisition de matériel suite à création activité	39.958,00 €	39.958,00 €	14,86%	**5.937,76 €**
4	SASU HISTOIRE DE CEP / LAGRENAUDIE Florent	36, rue Jean Jaurès	24410	Saint-Aulaye-Puymangou	Montpon-Ménestérol	30/10/2019	Négoce de vins	Acquisition de matériel	45.732,66 €	45.371,00 €	20%	**9.074,20 €**
5	SARL LE FOURNIL DE GRIGNOLS	Le Bourg	24110	Grignols	Saint-Astier	14/11/2019	Boulangerie Pâtisserie	Rénovation du four / OCMR PIP	8.350,00 €	8.350,00 €	25%	**2.087,50 €**
											TOTAL	**56.027,49 €**

Annexe II à la délibération n° 19.CP.IX.1 du 16 décembre 2019.

CONVENTION

entre

LE DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE

et

la SARL CHAMBON & LAURENT – ECOMUSEE DE LA NOIX

Pour la réalisation de :

Investissement matériel

Millésime 2019	Montant/Euros: 27.285,42 €
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.IX. en date du 16 décembre 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.IX. en date du 16 décembre 2019,

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

ET

La SARL CHAMBON & LAURENT – ECO-MUSEE DE LA NOIX (SIRET 821 440 559 00010) sise Vielcroze à CASTELNAUD-LA-CHAPELLE (24250), représentée par (qualité)....., (nom, prénom).....,

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

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : 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 SARL CHAMBON & LAURENT pour la réalisation d'un investissement matériel.

Nature de l'opération	Montant du projet (HT)	Assiette éligible retenue	Subvention départementale	
			Taux	Montant
Acquisition de matériel de production	109.141,66 €	109.141,66 €	25 %	27.285,42 €

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 16 décembre 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 SARL CHAMBON & LAURENT 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 **27.285,42 €.**

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 1er), 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 SARL CHAMBON & LAURENT, 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 SARL CHAMBON & LAURENT 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 SARL CHAMBON & LAURENT s'engage à mettre en œuvre l'opération décrite dans les conditions prévues à l'article 1er 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 SARL CHAMBON & LAURENT 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 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,

Germinal PEIRO

Pour la SARL CHAMBON & LAURENT,
(qualité) .....,

(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 : .....,

Le : .....,

Cachet et signature du Dirigeant

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)

Envoi en préfecture le 16 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 16 Décembre 2019
Publié le 16 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc193b214deeba-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.2

Société d'Economie MIxte du PERigord - SEMIPER.
Pacte d'actionnaires.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Natacha MAYAUD, 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 :

Régine ANGLARD	pouvoir à	Annie SEDAN	Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Joëlle HUTH
Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO	Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Elisabeth MARTY	pouvoir à	Dominique BOUSQUET
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 24
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 7 Administrateurs de la SEMIPER
Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.2

Société d'Economie MIxte du PERigord - SEMIPER.
Pacte d'actionnaires.

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 le Pacte d'actionnaires ci-annexé établi entre le Département de la Dordogne et la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) consistant notamment en :

- La recomposition du Conseil d'administration de la Société au terme de l'opération de restructuration du capital décidée le 2 décembre 2019 par l'Assemblée Générale Extraordinaire des actionnaires et approuvée par l'Assemblée départementale dans sa délibération n° 19-263 du 15 novembre 2019. Actuellement constitué de **18 membres** décomposés en 15 Administrateurs désignés par les actionnaires du collège public (dont 9 issus du Conseil départemental) et 3 administrateurs du collège privé dont un au moins désigné sur proposition de la CDC ou toute entité affiliée qui viendrait à ses droits, le Conseil d'administration de la SEMIPER doit revoir sa composition en tenant compte de la nouvelle répartition de son actionnariat. Au terme de l'opération de restructuration du capital entérinée par le Conseil d'administration du 17 décembre 2019, la Société sera désormais administrée par **12 membres** répartis comme suit : 10 Administrateurs désignés par les actionnaires du collège public (dont 8 issus du Conseil départemental) et 2 Administrateurs du collège privé dont un au moins désigné sur proposition de la CDC ou toute entité affiliée qui viendrait à ses droits.

- La création d'un Comité consultatif de 6 membres en remplacement du Comité d'engagement actuel et composé par : le Président du Conseil d'administration, le Directeur général, 2 membres proposés par les Administrateurs du collège public et 2 membres proposés par les Administrateurs du collège privé dont 1 proposé par la CDC.
- La définition des modalités financières, juridiques et fiscales adaptées au financement de la Société, des modalités de transfert (cession) des titres et de dispositions diverses sur notamment la clause de non concurrence, la durée, la résiliation et la modification du Pacte.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter ce Pacte d'actionnaires, au nom et pour le compte du Département de la Dordogne.

Le Président du Conseil départemental
de la Dordogne

Germinal PEIRO

Annexe à la délibération n° 19.CP.IX.2 du 16 décembre 2019.

Pacte d'actionnaires de la Société d'Economie Mixte Locale

« SEMIPER »

ENTRE :

1. **Le Département de la Dordogne** ayant son siège rue Paul Louis Courier à Périgueux, immatriculé au répertoire SIRENE sous le numéro 222 400 012, représentée par Germinal PEIRO son Président, dûment habilité, à l'effet des présentes, par délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IX.2 du 16 décembre 2019,

Ci-après dénommé « le Département »

DE PREMIERE PART,

2. **La Caisse des Dépôts et Consignations**, établissement spécial, créé par la loi du 28 avril 1816, codifiée aux articles L 518-2 et suivants du Code monétaire et financier, ayant son siège au 56 rue de Lille, 75007 PARIS, représentée par Mme Annabelle VIOLLET, ayant tous pouvoirs à l'effet des présentes aux termes de l'arrêté du directeur général portant délégation de signature pour la direction du réseau et des territoires de la Caisse des dépôts et consignations,

Ci-après dénommée la « **CDC** »

DE SECONDE PART,

EN PRESENCE DE :

La SEMIPER, société anonyme d'économie mixte locale au capital de 1 448 203,20 € dont le siège social est situé 30, avenue des Églantiers 24 660 Coulounieix Chamiers, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Périgueux sous le numéro 646380014, représentée par Gil TAILLEFER agissant en sa qualité de Directeur général, ayant tous pouvoirs à l'effet des présentes ainsi qu'il le déclare.

Ci-après dénommée la « **Société** »

Ci-après dénommés ensemble ou individuellement la ou les « **Partie(s)** »

Agissant sans solidarité entre elles

IL EST PRÉALABLEMENT RAPPELÉ CE QUI SUIT :

La Société a été constituée le 27 Décembre 1982

La Société détient 8 actions de 3.812 € l'une au capital de la SEMITOUR Périgord, soit 1,45% dudit capital.

Au sens de l'article L 233-3 du Code de Commerce, la Société ne détient le contrôle d'aucune autre Société et n'est pas visée par les dispositions légales relatives à l'autocontrôle et aux participations croisées.

Née de la volonté du Conseil Départemental de la Dordogne de doter le département d'un outil opérationnel, la SEMIPER s'est imposée depuis 1980 comme l'un des principaux acteurs de l'aménagement du territoire en Dordogne.

En s'appuyant sur les services de la SEMIPER, les élus sont assurés de bénéficier :
- d'un conseil expert en amont pour dessiner clairement les contours de leurs projets
- d'une vision stratégique
- de montages techniques, juridiques et financiers performants et innovants
- d'une gestion opérationnelle efficace
- de la maîtrise complète de leur projet

C'est la combinaison de toutes ces compétences en ingénierie et en management, qui permet à la Société de conduire avec succès nombre d'opérations complexes au service des collectivités territoriales ou de partenaires privés.

L'augmentation de capital 1ère tranche a été réalisée à fin 2015 (pour la CDC, première enveloppe de 144 K€), ce qui a conduit la CDC à devenir administrateur de la SEMIPER. Le projet de pacte d'actionnaires a été transmis à la Société et au Département le 20/02/2016 pour négociation.

Mais la situation de la Société s'est dégradée, le Département et la CDC s'étaient convenus de donner un délai supplémentaire de 6 mois, en 2017, pour décider de l'arrêt de l'affaire ou de la poursuite de son exploitation.

Une nouvelle direction générale de la Société a été nommée, une série de mesures de gestion interne génératrices d'économies a été mise en place entre juillet 2016 et début 2019, l'exploitation s'est reprise, le mandat des lycées a été à nouveau obtenu, une coopération avec la SEM19 pour renforcer la complémentarité en vue d'obtenir des marchés plus rémunérateurs avec recettes récurrentes (aménagement et portage d'immobilier d'entreprise) a été développée. Un PES (plan d'évolution stratégique) a été élaboré et adopté par les actionnaires (vrai projet d'entreprise).

La dynamique de redéploiement engagée depuis deux ans commence à produire des effets positifs en 2019 grâce au développement de partenariats avec d'autres opérateurs, le renouvellement de la confiance des donneurs d'ordres, une augmentation sensible du portefeuille d'affaires et un nouveau positionnement auprès des deux agglomérations et les OPH fusionnés.

La Société est maintenant en voie de redressement : le CA est passé de 0,6 M€ en 2016 à 1,02 M€ en 2018, soit une croissance de 41% en 2 ans. Le résultat d'exploitation reste toujours déficitaire, mais s'est très sensiblement amélioré. Il est passé d'une perte de 500 K€ en 2016 à 124 K€ en 2018, soit une perte divisée par 4 en 2 ans.

De plus, la Société dispose désormais d'une plus grande sérénité pour envisager son avenir grâce au renouvellement du contrat des lycées avec la région N-A, un mandat financier pour le projet de Très Haut Débit de la Dordogne pour le compte du Syndicat Mixte Périgord Numérique (SMPN), un accord Cadre sur 4 ans avec la Communauté d'Agglomération du Bergeracois (CAB), des contrats d'AMO pour la construction et réhabilitation des EHPAD et foyers tels que les EHPAD de la Coquille du Bugue et de

Terrasson, des opérations de construction de logements sociaux pour le compte de l'OPH Dordogne Habitat préfigurant une coopération plus active et plus intégrée avec le Syndicat Mixte Ouvert pour le Logement Social (SMOLS)

De fait, la SEMIPER se positionne désormais comme l'outil de la Dordogne pour favoriser son développement économique. Le Département compte 2 ACV (Périgueux et Bergerac), un CTE (Bergerac) et 2 Territoires d'industrie (Périgueux-Brive, Périgord-Haute Vienne). La Société est attendue pour porter plusieurs projets : Quartier d'affaires de la Gare de Périgueux, Maison de l'Habitat du CD24, CPA de Bergerac...

L'actionnariat actuel de la SEM est représenté principalement par le Département de la Dordogne et la CDC, soit un capital de 1,448 M€ réparti entre les actionnaires du Collège Public pour 84,99% (dont le Département pour 81,68%) et les actionnaires du Collège Privé pour 15,01% (dont 11,21% pour la CDC). Pour 122 293 actions, la valeur nominale unitaire s'établit à 11,84 €. Compte tenu du RAN négatif de - 1,5 M€ et de la perte de 0,117 M€ en 2018, la situation nette est, à ce jour, négative (- 129 K€).

Afin de redonner à la SEMIPER les moyens d'investir, directement ou par prise de participation, dans les projets liés au redéploiement et à la diversification de ses activités, il a été convenu de procéder à un « coup d'accordéon » pour recalculer la valorisation de la Société avant de procéder à l'augmentation de capital.

Après échanges entre les Parties, il a été envisagé de procéder à ce « coup d'accordéon » (réduction puis augmentation de capital) de façon à respecter le pourcentage initial, limiter les pertes à 80% du capital et valoriser la part de la CDC :

- Diminuer le report à nouveau pour le faire passer de - 1.658 K€ à - 458 K€
- Amener le niveau de fonds propres à 521 K€ en prenant comme postulat un résultat 2019 strictement égal à 0.
- Amener le montant du capital à 902 K€, soit une valeur unitaire de l'action de 2,03€

A l'issue de la réalisation des opérations de réduction et d'augmentation de capital qui seront décidées le 2 décembre 2019 par l'assemblée générale extraordinaire des actionnaires, le capital social de la Société sera constitué de 444 281 actions ordinaires de 2,03 euros de valeur nominale chacune, détenues comme suit :

Situation du capital social au 31 décembre 2018				Réduction du capital social de 1 200 K€		
Acteurs publics	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**
Département de la Dordogne	99 894	81,68%	1 182 960,53	99 894	81,69%	202 750,71
Ville de Périgueux	1 350	1,10%	15 986,84	1 350	1,10%	2 739,97
Ville de Saint-Astier	1 050	0,86%	12 434,21	1 050	0,86%	2 131,09
Ville de Sarlat	375	0,31%	4 440,79	375	0,31%	761,10
CC Haut Périgord	600	0,49%	7 105,26	600	0,49%	1 217,76
Ville de Boulazac	293	0,24%	3 469,74	293	0,24%	594,68
CC Sarlat Périgord Noir	375	0,31%	4 440,79	375	0,31%	761,10
Ville de Bergerac	-	0,00%	-	-	0,00%	-
Total acteurs publics	**103 937**	**84,99%**	**1 230 838**	**103 937**	**84,99%**	**210 956**
Acteurs privés	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**
Caisse des Dépôts et Consignations	13 710	11,21%	162 355,26	13 710	11,21%	27 825,89
Crédit Coopératif	2 534	2,07%	30 000,00	2 534	2,07%	5 135,13
Dordogne Habitat	800	0,65%	9 473,36	800	0,65%	1 623,36
Caisse d'épargne Aquitaine Nord	400	0,33%	4 736,84	400	0,33%	811,84
CCI Dordogne	257	0,21%	3 043,00	257	0,21%	521,19
Crédit Mutuel Sud-Ouest	250	0,20%	2 960,53	250	0,20%	507,41
CILSO	250	0,20%	2 960,53	250	0,20%	507,41
BP Centre Atlantique	25	0,02%	296,05	25	0,02%	50,74
SACICAP de la Gironde	100	0,08%	1 184,21	100	0,08%	202,96
Personnes physiques	30	0,02%	355,26	30	0,02%	60,89
Total acteurs privés	**18 356**	**15,01%**	**217 365**	**18 356**	**15,01%**	**37 247**
Total Capital société	**122 293**	**100%**	**1 448 203,20**	**122 293**	**100%**	**248 203**
Valeur nominale de l'action au 31 décembre 2019 :			11,84 €	Valeur nominale après réduction :		2,03 €

;

Situation du capital social au 31 décembre 2018				Augmentation du capital social de 653,5 K€		
Acteurs publics	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**
Département de la Dordogne	99 894	81,68%	1 182 960,53	340 831	76,72%	691 742,68
Ville de Périgueux	1 350	1,10%	15 986,84	1 350	0,30%	2 739,93
Ville de Saint-Astier	1 050	0,86%	12 434,21	1 050	0,24%	2 131,06
Ville de Sarlat	375	0,31%	4 440,79	375	0,08%	761,09
CC Haut Périgord	600	0,49%	7 105,26	600	0,14%	1 217,75
Ville de Boulazac	293	0,24%	3 469,74	293	0,07%	594,67
CC Sarlat Périgord Noir	375	0,31%	4 440,79	375	0,08%	761,09
Ville de Bergerac	-	0,00%	-	2 217	0,50%	4 500,00
Total acteurs publics	**103 937**	**84,99%**	**1 230 838**	**347 091**	**78,12%**	**704 448**
Acteurs privés	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**	**Nombre Actions**	**% détention**	**Valeur capital en €**
Caisse des Dépôts et Consignations	13 710	11,21%	162 355,26	92 544	20,83%	187 825,52
Crédit Coopératif	2 534	2,07%	30 000,00	2 534	0,57%	5 142,95
Dordogne Habitat	800	0,65%	9 473,36	800	0,18%	1 623,66
Caisse d'épargne Aquitaine Nord	400	0,33%	4 736,84	400	0,09%	811,83
CCI Dordogne	257	0,21%	3 043,00	257	0,06%	521,60
Crédit Mutuel Sud-Ouest	250	0,20%	2 960,53	250	0,06%	507,39
CILSO	250	0,20%	2 960,53	250	0,06%	507,39
BP Centre Atlantique	25	0,02%	296,05	25	0,01%	50,74
SACICAP de la Gironde	100	0,08%	1 184,21	100	0,02%	202,96
Personnes physiques	30	0,02%	355,26	30	0,01%	60,89
Total acteurs privés	**18 356**	**15,01%**	**217 365**	**97 190**	**21,88%**	**197 255**
Total Capital société	**122 293**	**100%**	**1 448 203,20**	**444 281**	**100%**	**901 703**

Ceci exposé, les Parties sont convenues de définir, dans le présent pacte d'Actionnaires (ci-après le « **Pacte** »), les droits et obligations des Actionnaires au sein de la Société ainsi que les principes de gouvernance de la Société.

A cet égard, les Parties rappellent que le Pacte a été librement négocié entre elles, chacune ayant pu avoir accès, si bon lui semblait, à un conseil et faire valoir ses observations dans le cadre du présent contrat. Le Pacte reflète par conséquent l'accord des Parties au terme de leurs pourparlers et constitue ainsi, en tant que tel, un contrat de gré à gré au sens de l'article 1110 alinéa 1er du Code civil.

EN CONSEQUENCE, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

1. Définitions

« **Actions** »	désigne l'ensemble des actions composant le capital social de la Société.
« **Actionnaires** »	désigne les Actionnaires de la Société signataires du Pacte.
« Actionnaire(s) du Collège Public »	désigne le ou les actionnaires Collectivités Territoriales ou leurs groupements au sens de l'article L 1521-1 du Code Général des Collectivités Territoriales.
« Actionnaire(s) du Collège Privé »	désigne le ou les actionnaires autres que les Actionnaires du Collège Public.
« Activité de la Société »	désigne la ou les activité(s) relevant de l'objet social de la Société tel que prévu par les Statuts.
« Activité Concurrente »	désigne toute(s) activité(s) susceptible(s) de concurrencer l'Activité de la Société sur le territoire du Département.
« **Affilié** »	désigne, en relation à une société (i) toute personne qui, directement ou indirectement, Contrôle cette société, ou est Contrôlée par cette société ou est Contrôlée par toute personne Contrôlant cette société, et (ii) toute structure d'investissement, en ce compris tout fonds

	d'investissement détenu ou géré exclusivement par une personne qui, directement ou indirectement, Contrôle cette société, ou est Contrôlée par cette société ou est Contrôlée par toute personne Contrôlant cette société, ainsi que pour la CDC, (i) Bpifrance, et toute société d'investissement Contrôlée par celle-ci et (b) toute structure d'investissement, en ce compris tout fonds d'investissement détenu ou géré exclusivement par Bpifrance.
« **Assemblée Spéciale** »	désigne l'assemblée des collectivités locales au sens de l'article L. 1524-5 du Code Général des Collectivités Territoriales.
« **Cédant** »	désigne toute Actionnaire qui exprime son intention de procéder à un Transfert.
« **Cessionnaire** »	désigne toute personne physique ou morale exprimant son intention de bénéficier d'un Transfert ou de manière générale de devenir actionnaire de la Société.
« **Changement de Contrôle** »	désigne toute opération ou convention, à titre onéreux ou gratuit, volontaire ou forcée, ayant pour objet ou pour effet, immédiatement ou à terme, de modifier le Contrôle direct et/ou indirect exercé sur toute personne.
« **Comité Consultatif** »	désigne le Comité Consultatif de la Société, régi par les stipulations de l'Article 5 du Pacte.
« **Contrôle** », « **Contrôlée** », « **Contrôlant** »	désigne le Contrôle au sens des dispositions de l'article L.233-3 I 1°du Code de commerce.
« **Décision(s) Importante(s)** »	désigne les décisions prises par le Conseil d'Administration énumérées à l'Article 4.6.2.
« **Décision(s) Majeure(s)** »	désigne les décisions prises par le Conseil d'Administration énumérées à l'Article 4.6.1.
« **Désaccord Majeur** »	a le sens qui lui est donné à l'Article12.2.
« **Droit de Sortie Conjointe** »	a le sens qui lui est donné à l'Article 11.
« **Filiales** »	désigne toute société ou entité Contrôlée par la Société au sens de l'article L.233-3 I 1°du Code de commerce.
« **Groupe** »	désigne la Société et l'ensemble de ses Filiales.
« **Jour** »	désigne tout jour calendaire.
« **Jour Ouvré** »	désigne tout Jour autre qu'un samedi, un dimanche ou un jour férié en France.

« Notification » a le sens qui lui est donné à l'Article 20.11.

« Notification de Rachat » a le sens qui lui est donné à l'Article 12.

« Notification de Transfert » désigne une Notification portant information d'un projet de Transfert de Titres avec indication :

(i) de l'état civil complet ou de la dénomination sociale assortie d'un extrait d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés du ou des Cessionnaires pressentis, ainsi que, s'il n'est pas une personne physique, de la ou des personnes qui en détiennent, directement ou indirectement, le contrôle ultime au sens de l'article L. 233-3 I du Code de commerce ;

(ii) les liens financiers ou autres, directs ou indirects, entre le Cédant et le Cessionnaire ;

(iii) une attestation du Cessionnaire que ce dernier (i) n'est pas domicilié dans un pays ou territoire figurant sur la liste des États ou Territoires Non Coopératifs (ETNC) et (ii) respecte les règles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme prévues au chapitre 1er du titre VI du livre V du Code monétaire et financier ;

(iv) de la nature et du nombre de titres dont le Transfert est projeté (Titres sociaux ou titres interposés) ;

(v) des modalités de l'opération devant conduire au Transfert direct ou indirect de Titres ;

(vi) de la valeur ou du prix retenu pour le Transfert ;

(vii) des conditions de paiement du prix ou de rémunération de la valeur retenue pour le Transfert (en ce compris toute cession/rachat de créance(s) au titre d'avance(s) en compte courant) ;

(viii) des garanties accessoires obtenues ou consenties (remboursement de compte courant, substitution de cautions, lettres de confort .....) ;

(ix) de toutes justifications pouvant être apportées quant à la réalité, au sérieux de l'opération envisagée, et

(x) de la preuve de l'engagement du Cessionnaire d'acquérir les Titres concernés aux conditions fixées dans la Notification de Transfert.

« Pacte » a le sens qui lui est donné dans le préambule.

« Période Chômée » a le sens qui lui est donné à l'Article 20.13.

« **Plan d'Affaires** »	désigne le plan d'affaires annexé au présent Pacte.
« **Projets** »	désigne : les opérations relevant du (iii) de l'article 4.6.1 du présent Pacte
« **Statuts** »	désigne les statuts de la Société.
« **Situation de Blocage** »	a le sens qui lui est donné à l'Article 12.2.
« **Tiers** »	désigne toute personne physique ou morale n'étant ni un Actionnaire, ni la Société.
« **Titres** »	désigne : (xi) les Actions émises par la Société ; (xii) tous titres donnant accès, immédiatement ou à terme, à une quotité du capital de la Société (telles que notamment les obligations convertibles, obligations à bons de souscription d'actions ou bons de souscription d'actions) ; (xiii) le droit de souscription attaché aux Actions et titres visés aux alinéas ci-dessus en cas d'émission d'actions ou de Titres, donnant accès, immédiatement ou à terme, à une quotité du capital de la Société ; (xiv) les droits d'attribution gratuite d'Actions ou de titres attachés aux Actions ainsi qu'aux titres visés aux alinéas ci-dessus qu'un ou plusieurs Actionnaires détiennent ou viendraient à détenir, pour quelque cause que ce soit.
« **Transfert** »	désigne toute opération (autre qu'une émission de Titres par la Société), à titre onéreux ou gratuit, volontaire ou forcée, entraînant le transfert, même à terme, de la pleine propriété, de la nue-propriété, de l'usufruit d'un Titre ou de tous droits dérivant d'un Titre ou y donnant droit (en ce compris notamment tout droit de vote, droit préférentiel de souscription ou droit de percevoir des dividendes), y compris, notamment, (i) les transferts par voie de cession, d'apport en société, de fusion, scission, de transfert universel du patrimoine, d'échange, de remboursement, de distribution en nature, de vente à réméré, de prêt de titres, de dation en paiement, de transferts en fiducie ou en trust (ou autres opérations semblables), de donation, d'attribution, de liquidation de société, communauté ou succession, par voie d'adjudication publique ou (ii) toute renonciation individuelle à un droit de souscription ou d'attribution ou (iii) toute mise en œuvre de sûreté sur les Titres ;
« **Transfert Libre** »	a le sens qui lui est donné à l'Article 9.2.

CECI DEFINI, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

TITRE I

ENGAGEMENTS ET DÉCLARATIONS DES PARTIES

1. ENGAGEMENT DE RESPECT DU PACTE – CLAUSE DE PRIMAUTE

Pour tout ce qui concerne l'administration et la gestion de la Société, les Parties s'engagent irrévocablement à respecter les dispositions légales applicables à la Société, les stipulations du Pacte et des Statuts.

Le Pacte et ses Annexes constituent l'intégralité de l'accord entre les Parties quant à l'objet désigné par les présentes. Le préambule fait partie intégrante du Pacte.

A cet effet, les Parties s'engagent à prendre toutes mesures en leur pouvoir en vue de la mise en œuvre du présent Pacte et, si nécessaire, à voter ou à faire voter toute résolution d'une assemblée, ou toute décision du Conseil d'Administration de la Société nécessaire à la mise en œuvre dudit Pacte.

En cas de conflit entre les statuts de la Société et les stipulations du Pacte, les Parties s'engagent à faire prévaloir les stipulations du Pacte et à faire en sorte de voter ou faire voter dans les meilleurs délais les modifications statutaires nécessaires afin de supprimer cette contradiction. Si toutefois, de telles modifications ne pouvaient être réalisées, les Parties ne pourront se prévaloir entre elles des stipulations statutaires contraires en cause et devront appliquer par priorité les stipulations du Pacte.

2. DÉCLARATIONS DES PARTIES

2.1. Concernant leur situation

Chaque Partie au Pacte déclare et garantit aux autres Parties que :

(i) Elle est une structure juridique légalement constituée et en situation régulière au regard de la loi française ou au regard de la loi du pays dans lequel elle est établie et a tous pouvoirs et qualités pour signer et exécuter le Pacte ;

(ii) La signature et l'exécution du Pacte ont été valablement autorisées par ses organes compétents et à sa connaissance, n'entraînent ni n'entraîneront de violation, résiliation ou modification de l'une quelconque des conditions ou modalités de tous contrats ou actes auxquels elle est partie et que le Pacte n'est en opposition avec aucune disposition desdits contrats ou actes.

2.2. Clause anti-blanchiment de capitaux

Chacune des Parties déclare, en application de la réglementation sur la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement d'activités terroristes :

(i) qu'elle agit pour son propre compte ;

(ii) que l'origine des fonds versés à tout moment par elle pour la souscription au capital ou l'acquisition de Titres de la Société, ainsi que ceux versés pour la mise en place de toutes avances en compte courant est licite et ne provient pas d'une activité contraire à la législation qui lui est applicable notamment au Titre VI (Obligations relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux) du Livre V du Code monétaire et financier ;

(iii) qu'elle n'a pas facilité et ne facilitera pas, par quelque moyen que ce soit, la justification mensongère de l'origine des biens ou revenus de l'auteur d'un crime ou d'un délit ayant procuré à celui-ci un profit direct ou indirect, et qu'elle n'a pas apporté, ni n'apportera, un concours à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit direct ou indirect d'un crime ou d'un délit ou au financement d'une activité terroriste ;

(iv) qu'elle ne contribue pas, n'a pas contribué et ne contribuera pas à des opérations qui concourent à des opérations de blanchiment de capitaux, de fraude fiscale ou de financement du terrorisme ;

(v) qu'elle n'est pas domiciliée dans un pays ou territoire figurant sur la liste des États ou Territoires Non Coopératifs (ETNC) ou en relation avec des pays visés par des sanctions financières internationales.

2.3. Clause d'éthique

Les Parties s'engagent, chacune pour elle-même et dans la limite de leurs pouvoirs respectifs, à exercer leurs activités, et s'engagent à prendre toutes les dispositions nécessaires pour que la Société et ses Affiliés exercent leurs activités en ayant recours à des fournisseurs, sous-traitants et prestataires de services exerçant leurs activités, dans le respect de la documentation éthique de chaque Actionnaire, ainsi que des normes de droit international et du ou des droits nationaux applicables au contrat, notamment celles relatives :

- aux droits humains et libertés fondamentales de la personne humaine, notamment l'interdiction (a) de recourir au travail des enfants et à toute autre forme de travail forcé ou obligatoire ; (b) de procéder à toute forme de discrimination au sein de son entreprise ou à l'égard de ses fournisseurs, sous-traitants ou prestataires de services ;
- aux embargos, trafics d'armes et de stupéfiants et au terrorisme ;
- aux échanges commerciaux, licences d'importations et d'exportations et aux douanes ;
- à la santé et à la sécurité des personnels et des tiers ;
- au travail, à l'immigration, à l'interdiction du travail clandestin ;
- à la protection de l'environnement ;
- aux infractions économiques, notamment la corruption, la fraude, le trafic d'influence, l'escroquerie, le vol, l'abus de bien social, la contrefaçon, le faux et usage de faux, et toute infraction connexe ;
- à la lutte contre le blanchiment d'argent ;
- au droit de la concurrence.

En cas de survenance d'une atteinte grave aux éléments susmentionnés, la Partie concernée en informera les autres Parties par voie de Notification dans les meilleurs délais. Si la Partie concernée ne prend pas les mesures nécessaires pour remédier à cette atteinte grave dans un délai raisonnable ou si de telles mesures ne peuvent être mises en œuvre, chacune des autres Parties se réserve le droit, à sa discrétion, de suspendre ou résilier le Pacte.

2.4. Responsabilité sociétale de l'entreprise

Les Parties ont été informées de l'engagement pris par la CDC, en tant que signataire des Principes de l'Investissement Responsable des Nations Unies (UNPRI), de prendre en compte dans ses investissements et dans le suivi de ses participations, des critères environnementaux, sociaux, sociétaux, et de bonne gouvernance d'entreprise (critères « ESG ») tels que : l'utilisation des ressources naturelles, les impacts environnementaux, l'emploi, le dialogue social, les ressources humaines, l'attention portée aux personnes, les relations avec les fournisseurs et les clients, les relations avec le territoire et les « parties prenantes » en général, la gouvernance, le management.

Les Parties s'engagent à s'inscrire dans une démarche de progrès pour que la Société et ses Filiales exercent leurs activités dans des conditions conciliant intérêt économique et responsabilité sociétale.

A ce titre, un rapport annuel sera établi et transmis par le Directeur Général au conseil d'administration de la Société.

TITRE II

GOUVERNANCE DE LA SOCIÉTÉ

3. DIRECTION DE LA SOCIETE

3.1. Nomination du directeur général

La direction générale de la Société est assurée par le Directeur Général.

Les Parties privilégieront la dissociation des fonctions de président du conseil d'administration et de Directeur Général.

Le Directeur Général s'engage à consacrer le temps et les moyens nécessaires à la direction et aux affaires de la Société.

3.2. Rémunération du directeur général

Le Directeur Général percevra une rémunération au titre de ses fonctions dont le principe, le montant et les modalités seront déterminés par le conseil d'administration.

Les dépenses raisonnables encourues par le Directeur Général dans l'exercice de ses fonctions seront remboursées par la Société sur présentation de justificatifs dûment établis, étant toutefois précisé que toute dépense excédant **10 000** euros en cumulé sur 12 mois glissants devra être préalablement autorisée par le conseil d'administration.

3.3. Pouvoirs du directeur général

Le Directeur Général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de la Société, sous réserve des limitations légales applicables et des stipulations des Statuts et du Pacte, et notamment des pouvoirs du Conseil d'Administration.

4. CONSEIL D'ADMINISTRATION

4.1. Administrateurs

4.1.1. Nomination des Administrateurs

La Société est actuellement administrée par un Conseil d'Administration composé de **18** membres, dont la composition est déterminée comme suit :

(i) **Quinze (15)** Administrateurs désignés par les actionnaires du Collège Public ;

(ii) **Trois (3)** Administrateurs du collège privé dont **un (1)** au moins désigné sur proposition de la CDC, ou de toute entité affiliée qui viendrait à ses droits

Les Administrateurs, autres que ceux désignés par les actionnaires du Collège Public, sont nommés par l'assemblée générale ordinaire des actionnaires de la Société.

L'objectif, au terme de l'opération d'accordéon, est que la Société soit administrée par un Conseil d'Administration composé de **douze (12)** membres répartis de la manière suivante, et tenant compte de la nouvelle composition de l'actionnariat résultant de la procédure de restructuration du capital de la Société détaillée en préambule du présent Pacte :

(iii) **Dix (10)** Administrateurs désignés par les actionnaires du Collège Public, dont **Huit (8)** désignés par le Département

(iv) **Deux (2)** Administrateurs du collège privé dont **un (1)** au moins désigné sur proposition de la CDC, ou de toute entité affiliée qui viendrait à ses droits

Les Parties conviennent, et s'obligent en conséquence à manifester tout vote requis pour parvenir à ce que la composition du Conseil d'Administration soit conforme aux stipulations du présent Article.

4.1.2. **Rémunération**

Les Administrateurs ne sont pas rémunérés au titre de leur mandat d'Administrateur de la Société, et aucun frais engagé par les Administrateurs dans l'exercice de leurs fonctions ne sera remboursé.

4.2. Président du Conseil d'Administration

4.2.1. **Nomination**

Le Président du conseil d'administration est nommé, sur proposition du Collège Public, par décision du conseil d'administration.

4.2.2. **Rémunération**

Les Parties privilégieront la non rémunération de la fonction de Président du conseil d'administration dès lors qu'elle est dissociée de celle de Directeur Général.

Les dépenses raisonnables encourues par le Président du conseil d'administration dans l'exercice de ses fonctions seront remboursées par la Société sur présentation de justificatifs dûment établis, étant toutefois précisé que toute dépense excédant **10 000** euros en cumulé sur 12 mois glissants devra être préalablement autorisée par le conseil d'administration.

4.3. Conflits d'intérêts

En sus des dispositions légales sur les conflits d'intérêts applicables aux sociétés d'économie mixte locale, notamment celles inscrites dans le code de commerce et le code général des collectivités territoriales, les Parties s'engagent à mettre en place un dispositif permettant de prévenir les conflits d'intérêts dans la prise de décision en conseil d'administration.

A cet effet, tout administrateur représentant un actionnaire directement ou indirectement concerné par une décision soumise au conseil d'administration (i) n'aura pas communication du dossier du conseil d'administration correspondant et (ii) ne prendra pas part au vote sur la décision concernée, étant précisé qu'il sera néanmoins pris en compte pour les besoins du quorum.

4.4. Suivi du patrimoine de la Société

Lors du point annuel relatif au suivi du Plan d'Affaires, le Directeur général présente au conseil d'administration après consultation du Comité consultatif un point sur l'état des engagements de la Société et de l'exploitation de son patrimoine :

- pour les opérations nouvelles : l'état d'avancement des opérations en cours,
- pour les actifs déjà en patrimoine et en exploitation :

- un état de la production par actif, éventuelles difficultés d'exploitation, écarts éventuels constatés par rapport au plan d'affaires prévisionnel de l'opération, solutions correctives apportées.

- un état général du patrimoine constitué par la Société, afin notamment de proposer un échéancier de cession de ces actifs et de leurs méthodes de valorisation. Cette revue de patrimoine permettra de tenir un tableau de bord des actifs classés en fonction de leur maturité et de leur perspective de cession.

4.5. Droit prioritaire de co-investissement de la CDC

La CDC dispose d'un droit prioritaire à co-investir sur tout projet d'investissement (immobilier ou EnR) de la Société et notamment celui de prendre une participation dans la Filiale qui portera le Projet d'investissement aux côtés de la Société.

La Société devra soumettre tout projet d'investissement (immobilier ou EnR) au préalable à la CDC avant de solliciter un tiers.

4.6. Pouvoirs du Conseil d'Administration

Les décisions Majeures visées à l'Article 4.6.1 concernant la Société ou l'une de ses Filiales ne pourront être adoptées sans l'accord préalable du conseil d'administration statuant à la majorité des membres incluant le vote favorable de la CDC.

4.6.1. Décisions Majeures

i. Validation et actualisation du Plan d'Affaires avec ou sans modification de l'orientation stratégique ;

ii. Validation et actualisation du budget annuel et tout dépassement (qui ne figure pas dans le budget annuel) d'un des postes dudit budget annuel de plus de **20 000** € ou de plus de **15** % ;

iii. Toute décision représentant un investissement, un engagement, un coût, une responsabilité même potentielle (en ce compris toute décision concernant un éventuel litige), une cession, un transfert ou un désinvestissement (y compris d'actifs), (i) dont le montant est supérieur à **2 M€** euros, (ii) représentant plus de **10%** des actifs ou (iii) portant sur un actif essentiel, dans tous les cas sauf à être prévu dans le plan d'affaires et/ou le budget annuel voté et approuvé dans les conditions prévues ci-dessus ;

iv. Toute décision de prise de participation, adhésion à un groupement d'intérêt économique et à toute forme de société ou d'association ;

v. Toute émission de valeurs mobilières ou opération sur le capital donnant droit, immédiatement ou à terme, à une quotité du capital ou des droits de vote de la Société ou l'une de ses filiales, et notamment tout plan d'intéressement des salariés.

Les décisions Importantes visées à l'Article 4.6.2 concernant la Société ou l'une de ses Filiales ne pourront être adoptées sans l'accord préalable du conseil d'administration statuant à la majorité des membres incluant le vote favorable d'un ou de plusieurs actionnaires du Collège Privé.

4.6.2. Décisions Importantes

i. Arrêté des comptes annuels et, le cas échéant, consolidés et approbation du rapport de gestion ;

ii. Modification des méthodes comptables ;

iii. Nomination, rémunération, renouvellement et révocation du Président Directeur Général/Directeur Général et, le cas échéant du ou des Directeurs Généraux Délégués ;

iv. Création, transformation, acquisition, cession ou liquidation de succursales, filiales, bureaux ou autres établissements distincts (en ce compris tout prêt, apport en fiducie, démembrement des actions, droits de vote ou titres de filiales) ;

v. Conclusion et octroi de tout prêt, avance, caution, aval ou garantie et conclusion de tout emprunt ou contrat de financement ainsi que la modification de leurs termes et conditions ;

vi. Toute proposition de distribution de dividendes, d'acompte sur dividendes ou autres distributions assimilées ;

vii. Tout appel de fonds en compte courant d'actionnaire (autre que dans le cadre d'un engagement existant des actionnaires au titre d'une convention de compte courant d'actionnaire) ;

viii. Toute décision de recrutement, rupture ou modification du contrat de travail [de toute personne dont le salaire brut annuel serait supérieur à 50 000 euros à l'exception des licenciements pour motif disciplinaire non prévu au Plan d'Affaires et/ou au budget annuel ;

ix. Toute modification de la localisation géographique des activités de la Société [en dehors du département/région, etc.] ;

x. L'approbation du règlement de tout plan d'intéressement des salariés et l'attribution de ces options ou bons à leurs bénéficiaires ;

xi. Décision de confier tout mandat ou mission en vue de la levée de fonds, de la cession des titres de la Société ou l'une de ses filiales ;

xii. Tout remboursement de dépenses excédant 10 000 euros en cumulé sur 12 mois glissants encourues par le Président du Conseil d'administration, le Directeur Général ou, le cas échéant, le ou les Directeurs Généraux Délégués, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions ;

xiii. Toute décision susceptible de conduire à un cas de défaut au regard de la documentation relative au(x) financement(s).

xiv. Toute décision soumise par le Conseil d'Administration en vertu de l'article 5.2 ayant reçu un avis défavorable ou partagé du Comité Consultatif.

5. COMITE CONSULTATIF

5.1. Membres du Comité Consultatif

Il sera créé un comité désigné « **Comité Consultatif** » de **six (6)** membres dont la composition est déterminée comme suit :

(i) Le Président du Conseil d'Administration

(ii) Le Directeur Général ;

(iii) **Deux (2)** membres proposés par les administrateurs issus du collège public ;

(iv) **Deux (2)** membres proposés par les administrateurs issus du collège privé dont **un (1)** membre proposé par la CDC ;

Tout membre du Comité Consultatif est nommé par la Partie qu'il représente, laquelle en informe les autres Parties ainsi que, le Président du Conseil d'Administration et le Directeur Général.

Toute Partie pourra changer à tout moment le membre du Comité Consultatif qui la représente à la seule condition de le notifier par écrit aux autres Parties ainsi qu'au Président du Conseil d'Administration et au Directeur Général.

Les Parties conviennent que les membres du Comité Consultatif désignés ne percevront aucune rémunération au titre de leurs fonctions au sein du Comité Consultatif.

Ce Comité se substituera au Comité d'Engagement préalablement constitué.

5.2. Pouvoirs du Comité Consultatif

Le Comité Consultatif a un rôle consultatif.

Le Comité émet un avis sur toutes les Décisions Majeures relevant du (iii) de l'Article 4.6.1, et sur le Suivi du patrimoine prévu à l'Article 4.4, sans préjudice de toute autre Décision Importante que le Conseil d'Administration souhaiterait lui soumettre, préalablement à leur examen par le Conseil d'Administration.

Le Comité Consultatif a pour objet de permettre aux Actionnaires de bénéficier de toutes les informations qui leur sont utiles afin de faciliter leur prise de décision au sein du Conseil d'Administration.

5.3. Fonctionnement du Comité Consultatif

5.3.1. Convocation

Le Comité Consultatif est convoqué par le Directeur Général, par lettre simple, télécopie, ou courriel, mentionnant le jour, l'heure, le lieu et l'ordre du jour de la réunion, cinq (5) Jours ouvrés au moins avant la date de celle-ci sauf en cas d'urgence avérée ou si tous les membres renoncent à ce délai. L'auteur de la convocation est tenu d'indiquer l'ordre du jour à tous les membres du Comité Consultatif, et d'y joindre tous les documents et informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission et leur permettant de rendre des avis éclairés.

5.3.2. Présidence

La présidence du Comité Consultatif est assurée par le Président du Conseil d'Administration.

Le Directeur Général est chargé de rapporter, de présenter et de rendre compte par écrit des avis du Comité Consultatif devant le Conseil d'Administration de la Société.

5.3.3. Fréquence des réunions

Le Comité Consultatif est consulté préalablement à tout Conseil d'Administration qui aura à se prononcer sur des décisions majeures relevant de ses pouvoirs.

5.3.4. Mode de réunion

Le Comité Consultatif se réunit soit physiquement, soit par voie de visioconférence ou par tout autre moyen de télécommunication.

5.3.5. Invités aux réunions du Comité Consultatif

Tout membre du Comité Consultatif peut convier tout invité dont l'éclairage technique, financier, juridique ou autre serait éclairant pour les travaux du Comité Consultatif.

Tout membre du Comité Consultatif peut également faire appel à des prestataires tiers pour l'analyse des décisions, dont les éventuels frais seront à la charge de la Partie ayant nommé le membre du Comité Consultatif concerné.

5.3.6. **Avis du Comité Consultatif**

Chaque membre du Comité dispose d'une voix.

Le Comité Consultatif ne peut valablement émettre un avis sous réserve que la moitié de ses membres disposant d'une voix soit présents ou réputés présents.

Le Comité Consultatif émet ses avis à la majorité simple de ses membres présents ou représentés.

Les avis du Comité Consultatif sont soit des avis favorables, soit des avis défavorables, soit des avis partagés en cas de partage des voix.

Les avis du Comité Consultatif sont transmis au Conseil d'Administration pour décision.

6. INFORMATION DES ACTIONNAIRES ET DROIT D'AUDIT

6.1. En sus des informations qui seront communiquées aux Actionnaires conformément aux dispositions légales et réglementaires, la CDC a droit aux informations suivantes concernant la Société et ses Filiales, notamment :

(i) budget prévisionnel annuel de la Société au plus tard 30 jours avant la clôture de l'exercice social précédent ;

(ii) chaque année, au plus tard **120** jours après la clôture de l'exercice social, les projets de comptes sociaux accompagnés des projets de rapports du commissaire aux comptes et du rapport de gestion ;

(iii) chaque année, au plus tard **30** jours après la fin du premier semestre, la situation semestrielle de la Société ;

(iv) chaque semestre, au plus tard **30** jours après la fin de chaque semestre : (i) un prévisionnel sur les six mois à venir incluant les revenus, les charges (notamment prévisions sur les effectifs et masse salariale) et la trésorerie de la Société ; (ii) un prévisionnel de l'activité de la Société, sous forme de tableau de suivi des affaires ; (iii) le compte d'exploitation trimestriel comparé au budget ;

(v) trimestriellement, au plus tard **30** jours après la fin de chaque trimestre, une information sur l'activité de chacun des Projets de la Société, mentionnés au (iii) de l'article 4.6.1;

(vi) plus généralement, communication de toute information utile concernant tout événement interne ou externe à la Société ou (i) relatif aux écarts par rapport au budget annuel, ou (ii) affectant ou raisonnablement susceptible d'affecter défavorablement, immédiatement ou à terme, la situation financière et/ou l'activité de la Société, y compris toute réclamation, litige ou menace de litige ou de réclamation, et ce dans un délai raisonnable à compter de la date à laquelle la Société aura eu connaissance de la survenance de ce fait ou cet événement.

6.2 La CDC pourra exercer ou faire exercer toute mission d'audit à tout moment (à ses frais), sous réserve que la fourniture de ces informations ou l'accomplissement de ces audits ne perturbent pas le fonctionnement normal de la Société.

TITRE III

FINANCEMENT- RENTABILITE ET DISTRIBUTION DE DIVIDENDES

7. FINANCEMENT

Les Parties se concerteront et négocieront de bonne foi afin de déterminer les modalités financières, juridiques et fiscales les plus adaptées au financement de la Société par le biais de fonds propres et/ou quasi-fonds propres (apports en capital et en compte courant) et de concours externes, étant précisé que :

(i) le financement en quasi-fonds propres (notamment par l'intermédiaire d'avances en compte courant d'actionnaires ou valeurs mobilières pouvant donner accès au capital de la Société) par chacune des Parties sera proportionnel à sa participation au capital de la Société ;

(ii) les Parties rechercheront des conditions de financement conformes aux pratiques de marché, en plafonnant les éventuels engagements que les Parties auraient à prendre à cet effet à leur pourcentage de détention du capital ;

(iii) aucune restriction (y compris sûreté) portant sur la participation de la CDC au capital de la Société ne pourra être acceptée ; et

(iv) tout financement et ses modalités sera soumis à l'accord préalable du Conseil d'Administration.

8. DISTRIBUTION DE DIVIDENDES

(i) Dans le cadre de la politique de rémunération des fonds propres investis, les Actionnaires souhaitent que la Société puisse dégager des résultats comptables et financiers lui permettant d'une part d'asseoir sa pérennité en constituant les réserves nécessaires au financement de son développement et d'autre part d'assurer une rentabilité aux capitaux investis par les Actionnaires.

(ii) Les Actionnaires souhaitent à ce titre que l'objectif de rentabilité de la Société soit égal au taux de rendement interne (« **TRI** ») conformément au Plan d'Affaires approuvé par le Conseil d'Administration.

(iii) En fonction de la situation financière de la Société et de la trésorerie nécessaire, le montant des dividendes distribués par la Société devra par conséquent s'élever au minimum à 50% du résultat distribuable.

TITRE IV

TRANSFERT DES TITRES

9. PRINCIPES GENERAUX - TRANSFERTS LIBRES

9.1. Principes généraux applicables aux Transferts de Titres

Au regard de l'importance déterminante qu'elles attachent à leur présence mutuelle et simultanée au capital de la Société, les Actionnaires, sauf s'il s'agit d'un Transfert Libre au sens de l'Article 9.2 ci-dessous, s'interdisent expressément tout Transfert à titre volontaire des Titres dont elles sont détentrices à tout Cessionnaire :

(i) domicilié dans un pays ou territoire figurant sur la liste des pays ou territoires non coopératifs (PTNC), dont la liste est établie et mise à jour par le groupe d'action financière sur le blanchiment de capitaux (GAFI), ou, à défaut, tout organisme équivalent ;

(ii) refusant de confirmer qu'il respecte les règles du Code monétaire et financier relatives au blanchiment de capitaux et au financement de terrorisme ;

(iii) ne disposant pas des capacités financières lui permettant de respecter ses obligations au titre des Statuts et du Pacte ;

(iv) dont l'un des dirigeants aurait été condamné à une condamnation pénale dont la mention figure encore sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire ;

(v) partie à un litige avec l'un des Actionnaires ou qui ne répondrait pas aux conditions d'honorabilité prévues aux articles L. 500-1 et D.547-2 du Code monétaire et financier ;

Préalablement à tout Transfert conformément aux termes du Pacte, les Actionnaires s'engagent à accomplir les diligences nécessaires afin de s'assurer que le Cessionnaire dudit Transfert ne se trouve pas dans les situations (iii) à (v) ci-dessus.

9.2. Transferts Libres

La transmission des Titres est libre dans les cas suivants :

(i) par les personnes physiques en cas de succession, de liquidation de communauté de biens entre époux ou de Transfert, soit à un conjoint, soit à un ascendant ou à un descendant ;

(ii) pour les Actionnaires du Collège Privé, en cas de Transfert de Titres intervenant entre un Actionnaire et l'un de ses Affiliés à la condition que cet Affilié se soit engagé à les rétrocéder à l'Actionnaire et que ce dernier se soit engagé à les acquérir ou à les faire acquérir par l'un de ses Affiliés, préalablement à la date à laquelle l'Affilié cesserait d'être Affilié de l'Actionnaire ;

(iii) entre Actionnaires.

Tout Actionnaire qui envisagerait le Transfert de tout ou partie de ses Titres dans le cadre d'un Transfert Libre au sens du présent Article devra le notifier aux autres Actionnaires au moins trente (30) jours avant la réalisation du Transfert avec toutes les informations de nature à permettre aux autres Associés de vérifier que le Transfert envisagé répond à un des cas de Transferts Libres visés au présent Article.

10. DROIT DE PREEMPTION

10.1. Sous réserve (i) des Transferts Libres définis à l'Article 9.2 et (ii) des Transferts en cas d'exercice par la CDC de son droit de sortie en cas de Désaccord Majeur conformément à l'Article 12, ci-après, tout Transfert par une Partie de tout ou partie de ses Titres est soumis au droit de préemption des autres Parties dans les conditions définies au présent Article (ci-après le « **Droit de Préemption** »).

10.2. Dans l'hypothèse où l'un quelconque des Actionnaires souhaiterait Transférer tout ou partie de ses Titres à un Cessionnaire, sous réserve des dispositions de l'article L.1522-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, les autres Actionnaires bénéficieront d'un Droit de Préemption.

Dans l'exercice du Droit de Préemption chacun des Actionnaires du Collège Privé aura la possibilité de se substituer un Affilié.

Chacun des Actionnaires ayant exercé le Droit de Préemption pourra acquérir auprès de l'Actionnaire Cédant un nombre de Titres déterminé comme suit :

[*Nombre de Titres dont le transfert est envisagé*] x

[[*Nombre de Titres détenus par l'Actionnaire exerçant son Droit de Préemption*] /

[*Nombre total de Titres détenus par l'ensemble des Actionnaires exerçant leur Droit de Préemption*]]

10.3. Etant précisé que Chacun des Actionnaires ayant exercé le Droit de Préemption pourra, en outre, demander à acquérir auprès de l'Actionnaire Cédant un nombre de Titres au-delà du nombre de Titres déterminé à l'Article 10.2. Dans la mesure où un Actionnaire n'aurait pas exercé son Droit de Préemption ou l'aurait exercé pour un nombre de Titres inférieur au nombre de Titres déterminé à l'Article 10.2, le solde des Titres faisant l'objet du Transfert sera attribué à ou aux autres Actionnaire(s) s'il(s) a ou ont notifié sa/leur demande d'acquérir un nombre de Titres au-delà du nombre de Titres déterminé à l'Article 10.2, dans la limite de sa/leur demande, à moins que les Actionnaires ayant exercé le Droit de Préemption ne se mettent d'accord sur une autre répartition.

Dans l'hypothèse où le Droit de Préemption serait exercé, le prix de chaque Titre préempté par les Actionnaires non cédants sera celui convenu de bonne foi entre le Cédant et le Cessionnaire, tel que visé dans la Notification de Transfert.

10.4. Le Cédant devra adresser au président du Conseil d'Administration une Notification de Transfert.

10.5. Dans les huit (8) Jours de cette Notification de Transfert, le président du Conseil d'Administration notifiera par courrier électronique et par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le Transfert projeté à tous les Actionnaires autres que le Cédant.

10.6. A compter de la réception de la lettre, chacun des Actionnaires devra faire connaître au président du Conseil d'Administration sa décision d'acquérir ou non des Titres du Cédant conformément aux Articles 10.2 et 10.3 dans un délai de quarante-cinq (45) Jours.

10.7. Dans les huit (8) Jours suivant l'expiration du délai de quarante-cinq (45) Jours visé au paragraphe ci-dessus, le président du Conseil d'Administration notifiera par courrier électronique et par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à tous les Actionnaires, le résultat de l'exercice du Droit de Préemption et le nombre d'Actions à acquérir par chaque Actionnaire ayant exercé son Droit de Préemption.

10.8. En cas de mise en œuvre du Droit de Préemption, la réalisation du Transfert des Titres devra intervenir dans un délai de trente (30) Jours à compter de la date de notification du président du Conseil d'Administration visée à l'Article 10.7 ci-dessus. A défaut d'acquisition par les Actionnaires ayant exercé leur Droit de Préemption dans les trente (30) Jours, le Cédant pourra librement transférer ses Titres au Cessionnaire proposé dans les termes et conditions de la Notification de Transfert sous réserve (i) du respect des droits des Actionnaires ayant exercé, le cas échéant, leur Droit de Sortie Conjointe prévu à l'Article , (ii) de l'agrément de ce Transfert par le Conseil d'Administration selon la procédure décrite à l'article 12 des Statuts et (iii) que ce Transfert intervienne dans les trente (30) Jours suivant l'agrément de ce Transfert par le Conseil d'Administration.

10.9. Dans l'hypothèse où le Droit de Préemption ne serait exercé par aucun Actionnaire, le Cédant sera libre de procéder au Transfert envisagé, sous réserve du respect des droits des Actionnaires ayant exercé, le cas échéant, leur Droit de Sortie Conjointe prévu aux termes de l'Article 11 et dès lors que le Conseil d'Administration aura agréé le Transfert selon la procédure décrite à l'article 12 des Statuts, sous réserve que ce Transfert intervienne dans les trente (30) jours suivant l'agrément de ce Transfert par le Conseil d'Administration.

10.10. En cas d'émission de Titres, les délais de souscription seront aménagés de telle sorte que les stipulations du présent article puissent s'appliquer au Transfert des Titres.

11. DROIT DE SORTIE CONJOINTE PROPORTIONNELLE

1.1. A l'exception des Transferts Libres, sauf exercice du Droit de Préemption visé à l'Article 10, dans l'hypothèse où un Actionnaire envisagerait de transférer à un Tiers, sous réserve des dispositions de l'article L.1522-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, tout ou partie des Titres détenus dans le capital de la Société, il ne pourra procéder au Transfert projeté qu'après avoir offert à chacun des Actionnaires la faculté de céder conjointement ses Titres dans les mêmes proportions et à des conditions, modalités et prix identiques selon les modalités ci-après décrites, étant entendu toutefois qu'au titre du Transfert Considéré, les Actionnaires du Collège Privé :

(i) ne consentiront aucune autre garantie que la garantie légale relative à la propriété de leurs Titres et la garantie que leurs Titres ne sont grevés d'aucun nantissement ou droit de Tiers autre que ceux résultant le cas échéant des statuts et du présent Pacte ; et

(ii) ne donneront qu'aucun engagement de non-concurrence au Cessionnaire des Titres.

(le « **Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle** »).

1.2. Pour permettre aux Actionnaires d'exercer leur Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle, le Cédant adressera à chaque Actionnaire une Notification de Transfert. Dans l'hypothèse où le Transfert envisagé ne comporte pas un prix payable exclusivement en numéraire, la Notification de Transfert devra comporter, à peine de nullité, une évaluation de bonne foi, en euros, des Titres faisant l'objet du Transfert et de la contrepartie par Titre offerte au Cédant.

1.3. La Notification de Transfert devra être accompagnée de l'engagement du Cessionnaire d'acquérir les Titres des Actionnaires conformément aux termes et conditions prévues dans la Notification de Transfert, en cas d'exercice du Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle.

1.4. Dans le cas d'un projet de Transfert ouvrant le droit d'exercer le Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle ci-dessus, le Cédant s'engage à faire en sorte que chaque Actionnaire qui en ferait la demande dans un délai de quarante-cinq (45) Jours à compter de la réception de la Notification de Transfert, puisse céder au Cessionnaire, aux lieu et place du Cédant, un nombre de Titres « N » au plus égal au nombre de Titres « Nmax » obtenu en appliquant la formule suivante :

$$Nmax = NI \times B$$

Où : NI est le nombre de Titres dont le Cédant envisage le Transfert, et

B est le nombre de Titres détenus par l'Actionnaire qui exerce son Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle divisé par la somme des Titres détenus par le Cédant et l'ensemble des Actionnaires exerçant leur Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle au titre du Transfert concerné.

1.5. A défaut de réponse dans le délai imparti, chaque Actionnaire sera considérée comme ayant renoncé à exercer son Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle.

1.6. Le Cédant ne sera pas autorisé à Transférer ses propres Titres au Cessionnaire, sans que chaque Actionnaire ayant exercé son Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle ait pu Transférer concomitamment, dans les conditions stipulées ci-dessus, l'intégralité des Titres qu'il est en droit de Transférer conformément au présent Article 11 (le cas échéant, par voie de rachat desdits Titres par le Cédant lui-même).

1.7. En cas d'exercice du Droit de Sortie Conjointe Proportionnelle, les Actionnaires se portent fort que les membres du Conseil d'Administration de la Société soient convoqués et que leurs représentants au Conseil d'Administration votent en faveur de l'agrément du Cessionnaire proposé conformément à la clause d'agrément prévue dans les Statuts.

12. DROIT DE SORTIE EN CAS DE DESACCORD MAJEUR

12.1. Si la CDC et le ou les Actionnaire(s) du Collège Public se trouvent dans une situation de Désaccord Majeur tel que ce terme est défini ci-après, la CDC pourra déclencher la présente procédure de Transfert en notifiant à ou aux Actionnaire(s) du Collège Public par lettre recommandée avec accusé de réception, une demande de rachat de ses Titres contenant une proposition de prix de rachat (la « **Notification de Rachat** »), dans un délai de quarante-cinq (45) jours à compter de la survenance du Désaccord Majeur.

12.2. Un « **Désaccord Majeur** » désigne :

(i) L'impossibilité pour le Conseil d'Administration d'adopter une des Décisions Majeures listées à l'Article 4.6.1 conduisant à une Situation de Blocage suite au vote de la CDC en défaveur de ladite Décision Majeure ou ;

(ii) L'adoption par le Conseil d'Administration de deux des Décisions Importantes suivantes listées à l'Article 4.6.2, ou de la même Décision Importante à deux reprises parmi les Décisions Importantes suivantes (listées à l'Article 4.6.2, malgré le vote du représentant de la CDC en défaveur de ladite Décision Importante.

12.3. Préalablement à la sortie de la CDC, chacune des Parties impliquées soumettra le différend à ses représentants légaux ou mandataires. Ces derniers s'engagent à se rencontrer et discuter de bonne foi du Désaccord Majeur dans l'objectif de résoudre la difficulté et envisager une alternative à la sortie de la CDC, dans un délai maximal de trente (30) Jours suivant la Notification de Rachat.

12.4. Si aucune solution n'a pu être trouvée au terme de cette période de trente (30) Jours, le ou les Actionnaire(s) du Collège Public s'engage(nt), dans un délai de soixante (60) Jours à compter de l'expiration du délai de trente (30) Jours précité :

(i) soit à proposer l'acquisition des Titres de la CDC par un Tiers ou par un autre Actionnaire ou ses Affiliés ;

(ii) soit à se porter acquéreur(s) des Titres de la CDC ;

(iii) soit à faire acquérir les Titres de la CDC par la Société, ce dont les Parties acceptent en décidant, le cas échéant, l'annulation des Titres par voie de réduction du capital social. Aux fins du rachat prioritaire de la totalité des Titres de la CDC, les autres Actionnaires s'engagent à renoncer à leur droit de faire racheter partiellement ou totalement leurs Titres par la Société dès lors que la Société ne disposerait pas de la trésorerie suffisante pour acquérir en priorité la totalité des titres de la CDC ;

au prix proposé dans la Notification de Rachat de la CDC en cas d'accord amiable, ou à défaut d'accord intervenant dans les quatre-vingt (90) Jours suivant la Notification de Rachat de la CDC à la valeur fixée par un expert, qui interviendra conformément aux dispositions de l'article 1843-4 du Code Civil, nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent saisi à cet effet à l'initiative de la Partie la plus diligente, dont les honoraires et frais seront supportés par la ou les Parties concernées, ou le cas échéant par le Tiers concerné et la CDC à parts égales, étant entendu que :

(i) l'expert sera tenu d'appliquer les méthodes usuelles de détermination du prix des Titres pour les actifs et les activités considérés, et de remettre son rapport dans un délai de trente (30) Jours à compter de sa saisine ;

(ii) les conclusions du rapport de l'expert s'imposeront aux Parties, sauf erreur grossière de l'expert.

12.5. Le Transfert des Titres sera réalisé et le prix sera payable dans les trente (30) Jours Ouvrés suivant la date à laquelle un accord aura été trouvé entre les Parties ou le prix aura été fixé par l'expert.

12.6. En cas de rachat des Titres de la CDC par la Société, cette dernière devra procéder concomitamment au rachat des Titres de la CDC, au remboursement de l'avance en compte courant d'associé de la CDC à due concurrence du pourcentage des Titres rachetés, pour un prix correspondant à la valeur nominale de la quote-part du compte courant augmentée des intérêts courus et non payés à la date du Transfert des Titres.

12.7. Conformément aux stipulations des Statuts, les Parties concernées s'engagent expressément, le cas échéant, à voter ou à faire voter favorablement en Conseil d'Administration toute demande d'agrément du Tiers acquéreur relative à l'exercice du Droit de Sortie de la CDC tels que définis aux présentes.

13. CLAUSE DE RENDEZ-VOUS

A compter du **5**ème anniversaire de la date de signature du Pacte, les Parties s'engagent à étudier, à la demande de la CDC, tous *scenarii* en concertation avec la CDC visant à assurer la liquidité des Titres de la CDC, au rang desquels :

- la réduction de capital de la Société par rachat des Titres de la CDC ;
- le rachat des Titres des Actionnaires du Collège Privé en vue de la transformation de la Société en Société Publique Locale ;
- le rachat des Titres de la CDC par les Actionnaires ou leurs Affiliés ou par un Tiers ;

La Valeur des Titres sera déterminée d'un commun accord par les parties concernées ou, en cas de désaccord, par un expert indépendant désigné conformément aux dispositions de l'article 1843-4 du Code civil et effectuant sa mission dans les conditions de cet article. Les parties pourront fixer les règles et les modalités de détermination de la Valeur des Titres sur lesquelles l'expert s'appuiera.

Pour les besoins du présent Article, le Droit de Préemption à l'Article 10 et le Droit de Sortie Conjointe à l'Article 11 ne s'appliqueront pas.

14. STIPULATIONS GÉNÉRALES EN CAS DE TRANSFERT DE TITRES

14.1. Sort des comptes courants et garanties

Les Parties conviennent de l'indissociabilité de la propriété des Titres avec celle des créances en comptes courants d'associés sur la Société.

En conséquence, en cas de Transfert de Titres, le Cédant devra également céder au Cessionnaire qui devra acquérir, la quote-part de son avance en compte courant dans la Société à due proportion du pourcentage de Titres Transférés, pour un prix correspondant à la valeur nominale de la quote-part du compte courant cédée augmentée des intérêts courus et non payés à la date du Transfert.

Si les Parties ont garanti tout ou partie des engagements de la Société, le Cessionnaire devra reprendre à sa charge le pourcentage de garanties consenties par le Cédant égal au pourcentage de Titres Transférés.

14.2. Engagements des Parties

Dans le cas où (i) les contrats de financement externes conclus par la Société contiendraient une clause prévoyant une exigibilité anticipée, un remboursement anticipé ou toute modification importante des modalités du prêt, dans l'hypothèse d'un changement de contrôle ou d'un changement d'actionnariat de la Société et (ii) un Actionnaire envisagerait un Transfert de Titres qui aurait pour effet d'entraîner une telle exigibilité, un tel remboursement ou une telle modification, l'Actionnaire Cédant devra faire son affaire personnelle d'obtenir l'accord écrit de l'établissement de crédit concerné préalablement à la réalisation du Transfert envisagé, de telle sorte que le Transfert ne puisse avoir pour conséquence d'entraîner l'exigibilité anticipée ou le remboursement anticipé des sommes prêtées ou une modification défavorable des conditions de financement. A défaut d'un tel accord, l'Actionnaire Cédant concerné s'interdit de Transférer ses Titres.

14.3. Violation des stipulations du Pacte

Tout Transfert effectué en violation des stipulations du Pacte sera nul.

15. ANTI-DILUTION

15.1. Les Parties bénéficieront du droit individuel permanent de conserver leur participation (droits de vote et/ou droits au bénéfice) dans la Société, compte tenu des Titres donnant droit de façon immédiate ou de manière différée, par quelque moyen que ce soit, à une quote-part du capital et/ou des droits de vote de la Société.

15.2. En conséquence, chaque Partie devra être en mesure de pouvoir souscrire à toute augmentation de capital ou à une augmentation de capital complémentaire qui lui serait réservée et ce, à des conditions notamment de prix d'émission, identiques à celles auxquelles les Titres nouveaux seront émis de manière à lui permettre de conserver son pourcentage de participation dans le capital de la Société préalablement à l'opération concernée.

15.3. Les Actions à émettre au bénéfice des Parties au titre du présent Article devront donner droit aux mêmes droits et avantages qui seraient créés au profit d'un Actionnaire ou d'un Tiers au titre de l'augmentation de capital justifiant l'exercice de cet Article.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

16. DROIT APPLICABLE – ATTRIBUTION DE JURIDICTION – DESIGNATION D'UN EXPERT

Le Pacte est soumis au droit français.

Les Parties conviennent que tous les différends qui pourraient naître entre elles, relatifs à la validité, l'interprétation ou l'exécution du Pacte, seront, en l'absence d'accord à l'issue d'un délai d'un mois,

portés devant les dirigeants respectifs des Parties et, seulement en cas de désaccord persistant constaté à l'issue d'un nouveau délai d'un mois, pourront être soumis à la compétence exclusive des Tribunaux compétents dans le ressort de la Cour d'Appel compétente, sans préjudice du droit de sortie de la CDC en cas de Désaccord Majeur conformément à l'Article 12.

Les Parties conviennent que, dans le cas où la procédure prévue à l'article 1843-4 du Code civil serait mise en œuvre au titre des stipulations des Statuts et/ou du Pacte, l'expert auquel il est fait référence devra être un cabinet d'audit de réputation nationale, indépendant des Parties et disposant de compétences avérées dans la valorisation des activités liées aux énergies.

Les honoraires de l'expert seront répartis à parts égales entre les Parties concernées.

17. INCESSIBILITE – INTUITU PERSONAE

Les stipulations du présent Pacte ont un caractère intuitu personae en vue de la réalisation des objectifs des Parties tels que présentés en préambule.

Hors cas d'adhésion du Cessionnaire au Pacte, les droits et obligations des Parties ne pourront être Transférés à un Tiers.

18. NON UTILISATION DES NOMS « CDC » et « Caisse des dépôts et consignations »

Les Parties s'engagent, pendant toute la durée du Pacte, à ne pas utiliser ou mentionner les noms « CDC » et « Caisse des dépôts et consignations », les logos et/ou les marques figuratives y associées sans l'accord préalable et écrit de la CDC, sauf lorsqu'un tel usage est exigé par la loi et à condition que l'emploi soit limité à ce qui est strictement nécessaire.

19. CLAUSE DE NON-CONCURRENCE

Les Actionnaires du Collège Public s'interdissent pendant toute la durée du Pacte :

- de fournir/commercialiser des services concurrents de l'Activité de la Société, conclure des partenariats ou mener des projets concurrents de l'Activité de la Société, ou de participer, de gérer, d'exploiter toute entreprise exerçant une Activité Concurrente ;

-de prendre/détenir une participation, directe ou indirecte, majoritaire ou minoritaire, dans une société ou entité exerçant une Activité Concurrente.

20. DISPOSITIONS GENERALES

20.1. Délais et Renonciation

Les Parties reconnaissent que tous les délais fixés aux présentes l'ont été après détermination concertée de leur durée et que les conséquences pour les Parties du respect ou non de ces délais sont acceptées, y compris lorsqu'elles se traduisent par la perte d'une faculté pour une Partie. Sous cette réserve, le défaut d'exercice partiel ou total de l'un quelconque de ses droits ne pourra valoir renonciation au bénéfice de ce droit pour l'avenir.

20.2. Confidentialité

Chaque Partie s'engage à garder strictement confidentielles les informations et documents reçus d'une autre Partie ou de la Société relatifs à la Société et les stipulations du Pacte non retranscrites dans les Statuts et s'interdit d'en communiquer le contenu à quiconque sauf (i) à ses dirigeants, administrateurs, employés ou conseils qui participent directement et activement à l'activité ou à la gestion de la Société et qui ont besoin d'obtenir communication d'informations confidentielles dans le cadre de la gestion de la Société, (ii) à leur commissaires aux comptes, (iii) à leur actionnaires, organes et comités d'engagement internes (étant entendu que les personnes visées aux (i), (ii) et (iii) seront-elles-mêmes tenues au respect de l'obligation de confidentialité visé au présent Article 20.2), (iv) à toute autorité de

contrôle ou (v) en vertu de contraintes légales et règlementaires (notamment pour respecter les prérogatives des assemblées délibérantes des Actionnaires du Collège Public) ou judiciaires (notamment pour faire valoir ses droits en justice). Toute divulgation dans les cas (iv) et (v) susvisés devra donner lieu à information des autres Parties avec un préavis raisonnable compte tenu de la nature de l'obligation de divulgation et la Partie tenue à divulgation devra faire ses meilleurs efforts pour tenir compte des commentaires des autres Parties sur cette divulgation ou la manière de procéder à cette divulgation et les moyens de limiter la portée de la divulgation.

Tout communiqué ou annonce relatifs au Pacte ou à son contenu devra faire l'objet d'un accord écrit préalable entre les Parties.

Les obligations de confidentialité prévues par le présent Article 20.2 s'appliqueront pendant toute la durée du Pacte et survivront pendant douze (12) mois après la fin du Pacte pour quelque raison que ce soit.

20.3. Transmission et Adhésion

Les stipulations du Pacte et les droits et obligations qui en découlent engagent les héritiers, successeurs et ayants droit des Actionnaires. Ceux-ci seront donc tenus conjointement et solidairement des engagements qui y figurent.

Il est expressément prévu qu'en cas de Transfert à un Tiers des Titres ou de souscription par un Tiers de Titres de la Société effectué conformément aux stipulations des Statuts et du Pacte, le Cessionnaire sera tenu du respect de toutes les clauses de ceux-ci.

Tout Cessionnaire de tout ou partie des Titres d'une Partie bénéficiera de droits identiques à ceux de la Partie ayant cédé ses Titres.

En conséquence, le Transfert ne sera opposable aux autres Actionnaires et à la Société qu'au vu de l'engagement écrit du Cessionnaire (i) d'adhérer au Pacte, de souscrire les engagements qu'il contient, et plus généralement de respecter les obligations qui y figurent et (ii) de se substituer aux engagements souscrits par le Cédant envers d'autres Parties aux présentes.

En outre, la Société s'engage à faire le nécessaire pour que toute personne souscrivant ou recevant des Titres de la Société par tout autre moyen que le Transfert, et notamment par voie d'augmentation de capital, d'échange de Titres ou d'attribution de Titres de la Société, accepte par écrit, au plus tard au moment de la réalisation de l'opération par laquelle le Tiers concerné devient actionnaire de la Société, d'adhérer au Pacte, de souscrire les engagements qu'il contient, et plus généralement de respecter les obligations qui y figurent. A défaut, la Société s'interdira, en tant que Gardien du Pacte, de retranscrire l'opération dans son registre des mouvements de titres et dans ses comptes d'actionnaires.

A titre d'exception, l'adhésion au Pacte ne sera pas requise d'un Tiers qui viendrait à détenir une quote-part de capital social et des droits de vote de la Société inférieure à 10%.

Un modèle de lettre d'adhésion au Pacte figure en Annexe 20.3.

20.4. Modification du Pacte

Toute modification du Pacte ne pourra résulter que d'un consentement unanime et écrit des Parties.

20.5. Durée et résiliation du Pacte

Le Pacte prend effet à la date des présentes et restera en vigueur pendant une durée de dix (10) ans et sera ensuite renouvelé par tacite reconduction par périodes successives de dix (10) ans, sauf

dénonciation par l'une des Parties aux autres Parties par lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de trois (3) mois avant la date de renouvellement.

Toutefois, il sera résilié de plein droit et de manière anticipée dès l'introduction des Titres de la Société sur un marché réglementé ou organisé ou en cas de réalisation d'un Transfert total des Titres.

Néanmoins, à la date à laquelle une Partie ne détiendrait plus aucun Titre de la Société, le Pacte prendrait fin à l'égard de cette Partie (à l'exception de l'Article 20.2 « **Confidentialité** » qui restera en vigueur pendant une durée de douze (12) mois à compter de cette date) pour autant que toutes les obligations mises à sa charge par les présentes aient été respectées avant la perte de sa qualité de détenteur de Titres, mais resterait en vigueur à l'égard des autres Parties.

L'expiration du Pacte ne sera cependant d'aucun effet sur la validité de tout droit ou obligation d'une Partie né(e) du fait de l'exécution ou de l'inexécution du Pacte préalablement à son expiration, tels que, notamment, tous les engagements dont le point de départ et la durée sont fixés dans le Pacte, indépendamment de la durée du Pacte.

20.6. Gardien du Pacte

Afin de garantir l'exercice des droits que se consentent mutuellement les Parties et pour conférer au Pacte sa pleine efficacité, les Parties conviennent de désigner de façon conjointe et irrévocable la Société en qualité de mandataire commun chargé de la gestion du Pacte (le « **Gardien du Pacte** »).

La Société, représentée par son [Président Directeur Général/ Directeur Général], intervient spécialement aux présentes pour accepter ce mandat d'intérêt commun et s'assurer de l'application et du respect des Statuts et du Pacte.

À cet égard, le Gardien du Pacte :

(i) sera chargé de la tenue du registre des mouvements de titres de la Société, et à ce titre, sera seul habilité à recevoir les demandes d'ordre de mouvement concernant la Société, vérifier la régularité de ces ordres de mouvement au regard du Pacte et de notifier aux Parties les éventuelles irrégularités qu'il pourrait relever et les mouvements de nature à mettre en œuvre une stipulation du présent Pacte ;

(ii) devra traiter et, le cas échéant, exécuter les ordres de mouvement relatifs aux Titres et émanant des Parties ;

(iii) adressera à chaque demande de toute Partie, des attestations d'inscription en compte détaillant le nombre de Titres détenus ;

(iv) devra veiller à ce que les comptes titres d'actionnaires ouverts par la Société mentionnent les restrictions dont les Titres appartenant aux Parties sont grevés en application du Pacte ;

(v) recueillera les adhésions au Pacte, vérifiera la conformité du nouvel actionnaire aux engagements contenus dans le Pacte, et sera chargé de tenir à jour la liste des Parties (ainsi que leur adresse) et de la communiquer à toute Partie en faisant la demande ;

(vi) s'assurera du respect par les Actionnaires, à tout moment, des déclarations, engagements et dispositions contenues dans le Pacte, et, le cas échéant, informera sans délai l'ensemble des Parties des irrégularités constatées ;

(vii) recueillera, par tous moyens, les décisions des Parties ayant pour objet le changement, la modification ou la renonciation à l'une quelconque des stipulations du Pacte, et procédera, le cas échéant, aux modifications du Pacte.

Les Parties devront adresser au Gardien du Pacte une copie de toutes les Notifications qui seraient faites au titre des opérations concernées par l'exécution des présentes.

Le présent mandat portera sur la gestion de tous les Titres appartenant aux Parties.

20.7. Force obligatoire

20.7.1. Efficacité

Chacune des Parties s'engage à faire en sorte, par tous moyens appropriés, y compris en leur qualité d'Actionnaires ou dirigeants de la Société, ou d'autres structures dont ils sont ou seront, directement ou indirectement, actionnaires ou dirigeants, à tout moment :

(i) que l'exécution de dispositions statutaires de la Société ne privent pas le présent Pacte de son efficacité, et

(ii) que soient prises à tout moment après la date des présentes toutes mesures complémentaires qui s'avèreraient nécessaires ou souhaitables pour réaliser les objectifs du présent Pacte.

20.7.2. Réparation

Chacune des Parties reconnaît que l'octroi de dommages et intérêts ne constituera pas une réparation satisfaisante en cas d'inexécution de ses obligations au titre de ses engagements prévus aux présentes.

En conséquence, chaque Partie accepte que les autres Parties au Pacte puissent conformément aux dispositions de l'article 1221 du Code civil, demander par voie judiciaire l'exécution forcée des engagements prévus au présent Pacte afin notamment d'obtenir la réalisation des Transferts qui y sont prévus et dans les conditions prévues aux présentes, quand bien même le recours à l'exécution forcée n'aurait pas été expressément stipulée dans le Pacte et qu'il existerait une disproportion manifeste entre le coût de cette exécution forcée pour la Partie débitrice de bonne foi et son intérêt pour la(s) Parties créancière(s), sans préjudice des dommages et intérêts dont ces autres Parties pourraient se prévaloir par ailleurs au regard de tout préjudice subi en rapport avec l'inexécution.

En cas d'inexécution par une ou plusieurs Parties des obligations mises à sa(leur) charge par le présent Pacte, et après une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception restée sans effet pendant une durée de dix (10) Jours à compter de sa réception, les autres Parties (ou l'une au moins d'entre elles) pourront de plein droit obtenir s'il s'agit du non-respect d'un engagement non financier, la désignation sur requête ou en référé d'un Mandataire de Justice chargé d'une mission ad hoc, consistant à exécuter, aux lieu et place de la ou les Parties*(s)* défaillante*(s)*, les obligations incombant à celle*(s)*-ci.

En particulier, ledit Mandataire pourra exercer le droit de vote de la ou des Partie*(s)* défaillante*(s)*, soit en Assemblée Générale, soit en Conseil d'administration et aura pour mission de voter dans le sens permettant une exécution pleine et entière du présent Pacte.

20.7.3. Imprévision

Les Parties acceptent d'assumer le risque d'un éventuel changement de circonstances imprévisible lors de la conclusion des présentes rendant leur exécution onéreuse pour l'une quelconque d'entre elles et en conséquence, renoncent expressément par avance à se prévaloir des dispositions de l'article 1195 du Code civil.

20.8. Portée

Les Parties conviennent que le Pacte représente l'intégralité de leur accord quant à son objet et remplace, annule et prévaut sur toutes conventions ou documents antérieurs ayant un objet identique

ou semblable à celui du Pacte.

20.9. Nullité d'une stipulation

La nullité de l'une quelconque des stipulations résultant des présentes, pour quelque cause que ce soit, n'affectera pas la validité des autres stipulations quelles qu'elles soient, pour autant que l'économie générale du Pacte soit préservée. Dans un tel cas, les Parties s'engagent à substituer si possible à la stipulation illicite ou inapplicable, une stipulation licite correspondant à l'esprit et à l'objet de celle-ci.

20.10. Frais et Honoraires

Chaque Partie conservera à sa charge les honoraires, frais et commissions de ses propres conseils et mandataires. Il est convenu que chaque conseil des Parties intervient exclusivement comme conseil de la Partie qu'il assiste et non comme rédacteur d'acte pour compte commun de l'ensemble des Parties.

20.11. Notifications

Une « **Notification** » désigne toute communication en vertu du Pacte ou en rapport avec le Pacte devant être effectuée par écrit et être signée par ou pour le compte de la Partie la donnant.

Elle sera notifiée par remise en main propre ou par envoi par courrier électronique (uniquement si elle est suivie, le même Jour –s'il s'agit d'un Jour Ouvré– ou le Jour Ouvré suivant, d'un courrier recommandé avec accusé de réception) aux adresses indiquées en tête du Pacte ou à toute autre adresse notifiée dans les mêmes conditions par la Partie concernée aux autres Parties. Toute Notification ainsi notifiée par remise en main propre, par courrier électronique ou courrier sera présumée avoir été dûment faite :

(i) en cas de remise en main propre, au moment de la remise ;

(ii) dans le cas d'un envoi par courrier électronique, au moment de la transmission si elle est suivie comme indiqué d'un envoi par courrier recommandé ;

(iii) dans le cas d'un envoi par courrier recommandé, au moment de sa remise ;

étant entendu que dans chaque cas où la remise en main propre serait effectuée après 18 h 00 un Jour Ouvré ou un Jour qui n'est pas un Jour Ouvré, la notification sera présumée avoir eu lieu à 9 h 00 le Jour Ouvré suivant.

Une Partie doit notifier aux autres tout changement de son nom, de son destinataire, de son adresse pour les besoins du présent Pacte, étant entendu qu'une telle notification ne prendra effet que :

(i) à la date indiquée dans la Notification comme étant la date à laquelle doit avoir lieu le changement ; ou

(ii) s'il n'est pas indiqué de date, ou si la date indiquée se trouve moins de 3 Jours Ouvrés après la date à laquelle est faite la Notification, le 3ème Jour Ouvrés après la date de Notification de ce changement.

20.12. Election de domicile

Pour l'exécution du Pacte et notamment pour l'envoi des Notifications :

(i) Le Département de la Dordogne fait élection de domicile à l'adresse de son siège social,

(ii) La CDC fait élection de domicile en sa Direction régionale située au 26 rue Atlantis 87068 Limoges.

20.13. Computation des délais et Période Chômée

Les délais stipulés dans le Pacte se calculent selon les règles fixées par les articles 640 à 642 du Code de Procédure Civile et expirent automatiquement et de plein droit dès la survenance de leur échéance, sans qu'une quelconque mise en demeure ou notification ne soit nécessaire.

Dans l'hypothèse où tout délai stipulé dans le Pacte viendrait à expiration au cours du mois d'août ou entre le 20 décembre d'une année et le 4 janvier compris inclus de l'année suivante (chacune une « **Période Chômée** »), il est expressément convenu que ledit délai sera automatiquement prorogé du nombre de jours courant sur la Période Chômée.

20.14. Enregistrement

Les Parties dispensent expressément le rédacteur du présent Pacte de procéder à son enregistrement, se réservant le droit d'y procéder ultérieurement si elles le jugent nécessaire.

Fait à , le ,

En autant d'exemplaires originaux que de Parties

Le Département de la Dordogne

représenté par son Président Germinal PEIRO

La CDC,
représentée par sa Directrice déléguée
Madame Annabelle Viollet

En présence de :

La Société,
représentée par son Directeur général

Annexe Préambule. – Plan d'affaires de la Société

Annexes 20.3 – Modèle d'acte d'adhésion

[Désignation et coordonnées de toutes les Parties au Pacte]

[*Date*]

Objet: Adhésion au pacte d'actionnaires de la société [•]en date du [•] (le "**Pacte**")

[Messieurs, Mesdames],

Nous vous informons que

[Option 1 - Transfert de Titres] :

[*Nom de la Partie procédant au Transfert*] (le "**Cédant**") a l'intention de nous céder [•] actions de la société [•], et que nous acceptons tous les termes et conditions du Pacte auquel nous déclarons adhérer irrévocablement.

Nous déclarons par la présente accepter l'ensemble des droits et obligations du Pacte qui sont attachés à la participation qui doit ainsi nous être cédée, et nous substituer aux engagements souscrits par le Cédant envers d'autres Parties aux présentes. A cet égard, nous déclarons :

(i) ne pas être domicilié dans un pays ou territoire figurant sur la liste des Etats ou Territoires Non Coopératifs (ETNC), dont la liste est établie et mise à jour par le groupe d'action financière sur le blanchiment de capitaux (GAFI), ou, à défaut, tout organisme équivalent ;

(ii) confirmer que nous respectons les règles du Code monétaire et financier relatives au blanchiment de capitaux et au financement de terrorisme ;

(iii) disposons des capacités financières nous permettant de respecter nos obligations au titre des Statuts et du Pacte (et notamment les obligations au titre du droit de sortie conjointe) ;

(iv) qu'aucun de nos dirigeants n'a été condamné à une condamnation pénale dont la mention figure encore sur le bulletin n°2 du casier judiciaire ;

(v) ne pas être partie à un litige avec l'un des Actionnaires ;

(vi) répondre aux conditions d'honorabilité prévues aux articles L. 500-1 et D.547-2 du Code monétaire et financier.]

[Option 2 - Acquisition de Titres par tout autre moyen qu'un Transfert] :

Nous allons acquérir ce jour [•] actions de la société [•]par voie de [*désignation de l'opération (fusion, augmentation de capital, échange, etc.)*], et que nous acceptons tous les termes et conditions du Pacte auquel nous déclarons adhérer irrévocablement.

Nous déclarons par la présente accepter l'ensemble des droits et obligations du Pacte qui sont attachés à la participation que nous allons acquérir. A cet égard, nous déclarons :

(i) ne pas être domicilié dans un pays ou territoire figurant sur la liste des Etats ou Territoires Non Coopératifs (ETNC), dont la liste est établie et mise à jour par le groupe d'action financière sur le blanchiment de capitaux (GAFI), ou, à défaut, tout organisme équivalent ;

(ii) confirmer que nous respectons les règles du Code monétaire et financier relatives au blanchiment de capitaux et au financement de terrorisme ;

(iii) disposons des capacités financières nous permettant de respecter nos obligations au titre des Statuts et du Pacte (et notamment les obligations au titre du droit de sortie conjointe) ;

(iv) qu'aucun de nos dirigeants n'a été condamné à une condamnation pénale dont la mention figure encore sur le bulletin n°2 du casier judiciaire ;

(v) ne pas être partie à un litige avec l'un des Actionnaires ;

(vi) répondre aux conditions d'honorabilité prévues aux articles L. 500-1 et D.547-2 du Code monétaire et financier.]

Les notifications prévues au Pacte devront nous être adressées à l'adresse suivante :

[•]	
A l'attention de :	
Adresse :	
Email :	

Les termes définis dans le Pacte ont le même sens dans la présente lettre d'adhésion qui sera régie pour sa validité, son interprétation et son exécution par le droit français.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de notre considération distinguée.

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1933d14fcd8f-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.3

Aménagement de l'Espace Mémoire Résistance et Déportation en Dordogne aux Archives départementales de PERIGUEUX.
Validation de la convention d'assistance à maîtrise d'ouvrage entre le Département et l'Agence Technique Départementale (ATD) pour la désignation du scénographe.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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 :

Régine ANGLARD	pouvoir à	Annie SEDAN	Adib BENFEDDOUL	pouvoir à	Joëlle HUTH
Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO	Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.3

Aménagement de l'Espace Mémoire Résistance et Déportation en Dordogne aux Archives départementales de PERIGUEUX.
Validation de la convention d'assistance à maîtrise d'ouvrage entre le Département et l'Agence Technique Départementale (ATD) pour la désignation du scénographe.

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,

EMET un avis favorable à la passation d'une convention d'assistance à maîtrise d'ouvrage à intervenir entre le Département et l'Agence Technique Départementale (ATD) dans le cadre de l'opération d'aménagement de l'Espace Mémoire Résistance et Déportation en Dordogne aux Archives départementales de PÉRIGUEUX.

VALIDE les termes de la convention ci-annexée.

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

La mission de l'ATD comprendra les tâches suivantes :

Phase 1

- Réunions préparatoires avec les Services départementaux et plus particulièrement la Direction de la Culture ;
- Calage du calendrier de l'opération et du coût d'objectif ;
- Visite sur place des locaux et adaptation des travaux préparatoires en cours de réalisation ;
- Traduction sous forme d'un Cahier des charges énonçant les attentes, objectifs et besoins du Maître d'ouvrage et les contraintes de l'opération en vue de la consultation du Scénographe,
- Assistance à la rédaction du Règlement de consultation.

Phase 2

- Analyse des candidatures et assistance au choix du Scénographe ;
- Élaboration du Tableau d'analyse et de synthèse des offres.

Le montant des honoraires est fixé forfaitairement à 3.600 € HT (4.320 € TTC).

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.IX.3 du 16 décembre 2019.

CONVENTION D'ASSISTANCE A MAÎTRISE D'OUVRAGE

DESIGNATION D'UN SCENOGRAPHE POUR L'ESPACE MEMOIRE RESISTANCE ET DEPORTATION EN DORDOGNE

ENTRE

LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE représenté par M. Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental de la Dordogne, agissant en tant que Maître d'ouvrage, autorisé par délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IX en date du 16 décembre 2019 faisant élection de domicile à l'Hôtel du Département – 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex (SIRET : 222 400 012 00019),

ET

L'AGENCE TECHNIQUE DÉPARTEMENTALE (ATD) représentée par M. Jean-Michel MAGNE, son Président délégué, autorisé en vertu de l'arrêté départemental en date du 22 mai 2015, faisant élection de domicile à l'Espace Culturel François Mitterrand - 2, place Hoche - 24000 PERIGUEUX.

ARTICLE 1er - OBJET DE LA MISSION

Le Département a engagé les travaux d'aménagement de l'Espace Mémoire Résistance et Déportation en Dordogne aux Archives départementales à PERIGUEUX.

Selon sa commande en date du 7 octobre 2019, le Département a chargé l'Agence Technique Départementale de rédiger le Cahier des charges qui permettra de désigner le Scénographe de l'opération et d'assister les Services départementaux dans l'organisation et le déroulement de la consultation.

ARTICLE 2 - CONTENU DE LA MISSION

La mission confiée à l'Agence Technique Départementale est une mission intégrée d'assistance à Maîtrise d'Ouvrage à caractère technique.

Elle comprend les tâches suivantes :

Phase 1

- Réunions préparatoires avec les Services départementaux et plus particulièrement la Direction de la Culture ;
- Calage du calendrier de l'opération et du coût d'objectif ;
- Visite sur place des locaux et adaptation des travaux préparatoires en cours de réalisation ;

- Traduction sous forme d'un Cahier des charges énonçant les attentes, objectifs et besoins du Maître d'ouvrage et les contraintes de l'opération en vue de la consultation du Scénographe ;
- Assistance à la rédaction du règlement de consultation.

Phase 2

- Analyse des candidatures et assistance au choix du Scénographe ;
- Élaboration du Tableau d'analyse et de synthèse des offres.

ARTICLE 3 - RÉMUNÉRATION

La rémunération est fixée forfaitairement à 3.600 € HT à laquelle s'appliquera et s'ajoutera le taux de la TVA en vigueur au moment de la réalisation finale des missions précitées. À ce jour, le taux en vigueur étant de 20 %, la rémunération s'élèverait à 4.320 € TTC.

La mission sera rémunérée sur présentation d'une note d'honoraires :

- un premier acompte sera établi au terme de la Phase 1, représentant 70 % du montant des honoraires, soit 2.520 € HT ,
- un décompte définitif sera établi à l'issue de la Phase 2, son montant correspond au solde de l'opération soit 1.080 € HT.

Dans le cas où l'Opération projetée n'irait pas à son terme, seules les Phases engagées seraient considérées comme dues.

ARTICLE 4 - DELAIS

Le délai prévisionnel de remise du dossier programme est immédiat à compter de la date de signature de la présente convention.

Fait à Périgueux en deux exemplaires originaux, le

LE PRÉSIDENT DELEGUE DE L'AGENCE TECHNIQUE DEPARTEMENTALE,
Jean-Michel MAGNE

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE,
Germinal PEIRO

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1936114fcda0-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.4

Aménagement et extension de la partie hébergement de la Base de loisirs de ROUFFIAC.
Dépôt de l'autorisation de défricher.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.4

Aménagement et extension de la partie hébergement de la Base de loisirs de ROUFFIAC.
Dépôt de l'autorisation de défricher.

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,

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager toutes les procédures administratives, dont la demande de défricher, et à signer tous les documents administratifs concernant l'aménagement et l'extension de la partie hébergement de la Base de loisirs de ROUFFIAC.

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

Jeannik NADAL

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc193b314fced3-DE	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.5

Unité Territoriale de NONTRON.
Convention d'occupation temporaire d'un immeuble à usage de bureaux au n° 1, Allée de Bussac à NONTRON.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.5

Unité Territoriale de NONTRON.
Convention d'occupation temporaire d'un immeuble à usage de bureaux
au n° 1, Allée de Bussac à NONTRON.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU le Code Général de la Propriété des Personnes Publiques,

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 d'occupation temporaire ci-annexée du 1er étage d'un immeuble situé à NONTRON (24300) au n° 1, Allée de Bussac et figurant au Plan cadastral de la Commune sous le n° 257 section BI, à intervenir avec la Société JPP, Société Civile Immobilière, propriétaire, dont le siège social est à NONTRON (24300) au n° 16, rue Thiers, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PERIGUEUX sous le n° 424 007 987, représentée par M. Jean-Paul FONTALIRANT et M. Patrick DE GOÏTI, Co-gérants.

DIT que cette occupation prend effet à compter du 1er janvier 2020 jusqu'au 30 novembre 2020.

FIXE le loyer mensuel à la somme de HUIT CENT SOIXANTE QUINZE EUROS (875 €) hors charges, payable à terme échu.

PRECISE que le DEPARTEMENT aura à sa charge exclusive les abonnements et consommations de fluides (gaz, eau, électricité et téléphone/Internet).

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

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.IX.5 du 16 décembre 2019.

UNITE TERRITORIALE DE NONTRON

NONTRON — n° 1 Allée de Bussac

CONVENTION D'OCCUPATION TEMPORAIRE
DU 1ER ETAGE D'UN IMMEUBLE A USAGE DE BUREAUX

Entre les soussignés

La Société dénommée JPP, Société Civile Immobilière, dont le siège social est à NONTRON (24300) au n° 16, rue Thiers, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PERIGUEUX sous le n° 424 007 987, représentée aux présentes par M. Jean-Paul Dominique FONTALIRANT et M. Patrick Aime DE GOÏTI, Co-gérants, ayant tous pouvoirs à l'effet des présentes en vertu des statuts sous seing privés en date du 27 juillet 1999 enregistrés le 30 juillet 1999 Bord.256/3,
(SIRET : 42400798700011)

Ci-après dénommée « la SCI », d'une part,

Et

Le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE, Personne morale de droit public, domicilié en l'Hôtel du Département - 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à cet effet par délibération de la Commission Permanente du Conseil Départemental n° 19.CP.IX. en date du 16 décembre 2019.
(SIRET n° 222 400 012 00019)

Ci-après dénommé « le DEPARTEMENT », d'autre part.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit

ARTICLE 1er - OBJET

La présente convention d'occupation temporaire a pour objet de déterminer les conditions administratives, juridiques et financières pour la mise à disposition par la SCI au DEPARTEMENT de locaux à usage de bureaux le temps des travaux de restructuration de l'Unité Territoriale de NONTRON (24300).

ARTICLE 2 - DESIGNATION DES LOCAUX LOUES

Un 1er étage d'un immeuble, avec accès indépendant, situé à NONTRON au n°1, Allée de Bussac, figurant au Plan cadastral sous la référence section BI n° 257 d'une superficie d'environ 95 m².

Les locaux non meublés comprennent cinq bureaux, une entrée, deux locaux à archives, une salle de bain avec WC et un WC indépendant.

Ainsi que lesdits locaux existent, le DEPARTEMENT déclarant en avoir parfaite connaissance pour les avoir visités.

Le DEPARTEMENT prendra en charge les frais d'équipements en mobilier et matériel nécessaires à l'exercice de son activité. Le matériel et les installations amovibles resteront la propriété du DEPARTEMENT.

ARTICLE 3 - DESTINATION DES LOCAUX

Les locaux sont à usage exclusifs de bureaux nécessaires au fonctionnement de l'Unité Territoriale de NONTRON et destinés à accueillir du public.

ARTICLE 4 - DUREE DU CONTRAT

La présente mise à disposition est consentie et acceptée pour une durée de ONZE (11) MOIS à compter du 1er janvier 2020 pour expirer le 30 novembre 2020.

Le DEPARTEMENT peut mettre fin aux présentes à tout moment, après avoir donné congé à la SCI dans un délai de deux (2) mois, soit :
- en raison de l'achèvement des travaux de réhabilitation du bâtiment de l'Unité Territoriale,
- pour tout autres motifs légitimes et sérieux.

ARTICLE 5 - MONTANT DU LOYER

La présente mise à disposition est consentie et acceptée moyennant un loyer mensuel hors charges de HUIT CENT SOIXANTE QUINZE EUROS (875 €) exigible au domicile bancaire de la SCI et à terme échu.

D'un commun accord entre les Parties, il n'est pas versé de sommes au titre de dépôt de garantie.

ARTICLE 6 - CHARGES/IMPÔTS

➢ Fluides

Le DEPARTEMENT aura à sa charge exclusive les abonnements et consommations de fluides (gaz, eau, électricité et téléphone/Internet).

➢ Entretien

Le DEPARTEMENT se chargera de l'entretien courant de l'installation de chauffage du logement, s'il y a lieu et de l'entretien ménager des locaux.

➢ Impôts

La SCI reste redevable de la Taxe foncière.

En application de l'article 1521-II du Code Général des Impôts, le DEPARTEMENT est exonéré de la Taxe d'Enlèvement des Ordures Ménagères car l'ensemble immobilier étant sans caractère industriel ou commercial loué par un Département et affecté à un Service public. Le DEPARTEMENT est donc dispensé du remboursement de cette taxe.

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS

La SCI s'engage :

- à tenir les lieux mis à disposition clos et couverts selon l'usage et dans des conditions propres à en assurer la parfaite sécurité et la salubrité,

- à assurer au DEPARTEMENT une jouissance paisible des lieux pendant toute la durée de la mise à disposition. La SCI préviendra, sauf en cas d'urgence, le DEPARTEMENT pour toute intervention technique dans les locaux mis à disposition, afin que ce dernier puisse prendre les dispositions nécessaires,

- à effectuer toutes les réparations autres que locatives, nécessaires au maintien en état et à l'entretien normal des lieux loués,

- à accomplir les obligations qui lui incombent dans le cadre du décret n° 97-855 du 12 septembre 1997 modifiant le décret n° 96-97 du 7 février 1996 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis.

Le DEPARTEMENT sera tenu de procéder au prorata de son occupation définie à l'article 1er, aux réparations locatives ou de menu entretien telles qu'elles sont définies par l'article 1754 du Code Civil et la liste publiée en annexe du décret n° 87-712 du 26 août 1987.

Le DEPARTEMENT devra aviser immédiatement la SCI de toute réparation à la charge de cette dernière dont il sera à même de constater la nécessité sous peine d'être tenu responsable personnellement et solidairement de toute aggravation, résultant de son silence ou de son retard.

Le DEPARTEMENT s'engage à respecter la destination des locaux, conformément à l'article 3 de la présente mise à disposition. En conséquence, toute modification des locaux, réparations ou travaux envisagés par le DEPARTEMENT devront faire l'objet d'un accord préalable de la SCI.

ARTICLE 8 - ASSURANCES

La SCI en qualité de propriétaire assure l'immeuble.

Le DEPARTEMENT devra souscrire une assurance contre les risques responsabilité civile, incendie, explosion, vol, foudre, bris de glace et dégâts des eaux et contre tout risque locatif ainsi que les recours contre des voisins et des tiers résultant de leur activité ou de leur qualité auprès d'une compagnie d'assurances notoirement connue et solvable et pour une somme suffisante.

Le DEPARTEMENT devra s'acquitter du paiement des primes et en justifier dès son entrée dans les locaux par la production d'une attestation.

Le DEPARTEMENT s'engage à aviser immédiatement la SCI de tout sinistre.

ARTICLE 9 - DIAGNOSTICS TECNIQUES

Etat des risques naturels, miniers et technologiques

En application des articles L.125-5 et R.125-23 à 27 du Code de l'Environnement et des arrêtés préfectoraux n° DDT/SEER/RDPF/2019-03-002 du 18 mars 2019, relatifs à l'obligation d'informer les Acquéreurs et les Locataires de biens immobiliers sur les risques naturels et technologiques majeurs, la SCI déclare qu'à ce jour que l'immeuble situé au n° 1, Allées de BUSSAC à NONTRON est situé dans une zone de sismicité niveau 2.

Diagnostic de performance énergétique

En application des dispositions des articles L 271-4, L. 134-1 à L 134-5 et R 134-1 du Code de la Construction et de l'Habitation, le DEPARTEMENT prend acte qu'un diagnostic de performance énergétique doit être réalisé. Le Propriétaire s'engage à fournir, ledit diagnostic, à l'Occupant, au plus tard au jour de la signature des présentes.

Constat de recherche d'amiante

La SCI déclare qu'à ce jour, l'immeuble entre dans le champ d'application des articles L.1334-13, R 1334-23, R 1334-24, R 1334-26 du Code de la Santé Publique relatifs à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis et des articles L 271-4 à L 271-6 du Code de la Construction et de l'Habitation.
A cet égard, le DEPARTEMENT prend acte de la situation de l'immeuble au regard de cette réglementation et le Propriétaire s'engage à fournir à l'Occupant, ledit constat, au plus tard au jour de la signature des présentes.

ARTICLE 10 - RESPONSABILITE ET RECOURS

Le DEPARTEMENT répondra, personnellement, des dégradations causées aux locaux loués, pendant le temps qu'il en aura la jouissance et celles commises tant par lui que par les personnes qu'il aura introduit ou laissé introduire dans les lieux.

La SCI ne peut, en aucun cas, et à aucun titre, être tenu responsable des vols ou détournements ou autres actes délictueux dont le DEPARTEMENT pourrait être victime dans les locaux loués.

ARTICLE 11 - CONDITIONS GENERALES

Les obligations suivantes devront être observées par le DEPARTEMENT ainsi que par ses agents, par les personnes qu'il aura introduit ou laissé introduire dans les lieux, à savoir :

- s'interdire tout acte pouvant nuire à la sécurité des personnes et des biens,
- user paisiblement des lieux occupés, avec le souci de respecter la tranquillité des autres occupants de l'immeuble,
- ne pas utiliser d'appareils dangereux, ne pas détenir de produits explosifs ou inflammables, autres que ceux d'un usage domestique courant, autorisés par les règlements de sécurité,
- veiller à la fermeture des locaux,
- permettre à la SCI ou à toute Entreprise mandatée par elle de pénétrer dans les locaux pour y réaliser des travaux d'entretien, de réparations. La SCI s'engage à prévenir le DEPARTEMENT huit jours avant toute intervention, sauf en cas d'urgence.

ARTICLE 12 - ETAT DES LOCAUX

Article 12-1 : Etat des lieux d'entrée

Le DEPARTEMENT prendra les locaux mis à disposition dans l'état où ils se trouveront lors de son entrée en jouissance. Un état des lieux contradictoire d'entrée sera établi entre les Parties lors de la remise des clés. Un exemplaire sera remis au DEPARTEMENT.

Le DEPARTEMENT devra tenir et entretenir les lieux durant toute la durée du bail et les rendre en bon état.

Article 12-2 : Etat des lieux de sortie

Un état des lieux de sortie s'effectuera au terme des présentes.

Les lieux devront être remis dans leur état initial en parfait état de conservation et d'entretien et débarrassé du matériel et/ou du mobilier appartenant au DEPARTEMENT.

ARTICLE 13 - ETABLISSEMENT RECEVANT DU PUBLIC (ERP)

La SCI déclare :

- que l'immeuble est conforme à toute la réglementation relative aux Etablissements Recevant du Public (ERP), en vigueur au jour des présentes,
- que le plan d'évacuation et les consignes de sécurité sont affichés dans les locaux,
- qu'il assure toutes les prestations de maintenance des équipements liés à la sécurité des personnes (alarme-incendie, extincteurs, éclairage de sécurité, etc.).

Le DEPARTEMENT déclare connaître les consignes de sécurité en vigueur dans les locaux. Il est tenu de les respecter et de les faire respecter par son personnel et le public accueilli.

Il s'engage, pendant son temps d'occupation, à informer dans les meilleurs délais, la SCI, d'un quelconque dysfonctionnement apparent des équipements liés à la sécurité.

ARTICLE 14 - RESILIATION

Toutes les clauses de la présente convention sont de rigueur ; chacune d'elles est une condition déterminante du présent contrat sans laquelle les Parties n'auraient pas contracté.

En cas de non-respect par l'une des Parties de l'une des obligations contenues dans la présente convention, celle-ci sera résiliée de plein droit, sans indemnité, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi par l'autre Partie d'une lettre recommandée avec accusé de réception contenant mise en demeure d'avoir à exécuter et restée sans effet.

ARTICLE 15 - AVENANT A LA CONVENTION

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution des présentes, convenue d'un commun accord entre les Parties, fera l'objet d'un avenant.

ARTICLE 16 - REGLEMENT DES LITIGES

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou à l'application des présentes seront soumises, à défaut d'accord amiable, aux juridictions compétentes.

ARTICLE 17 - ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution de la présente convention et notamment pour la signification de tous actes de poursuites, les Parties font élection de domicile, chacune en leur siège.

ARTICLE 18 - FORMALITÉ DU DOUBLE

La présente convention a été établie en deux exemplaires originaux dont un a été remis à chacune des deux Parties.

Fait à
Le

Pour la SCI JPP,
ses Co-gérants,

Jean-Paul FONTALIRANT Patrick DE GOÏTI

Fait à PERIGUEUX
Le

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

Germinal PEIRO

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT \ dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc1932314fcd8a-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.6

Echange de parcelles de terrain sur le territoire de la Commune de THONAC
dans le cadre de la gestion foncière du Centre d'Interprétation et Parc animalier du THOT.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.6

Echange de parcelles de terrain sur le territoire de la Commune de THONAC
dans le cadre de la gestion foncière du Centre d'Interprétation et Parc animalier du THOT.

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° 18-167 du 26 juin 2018,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IX.6 du 16 décembre 2019,

VU la demande d'avis domanial du 14 novembre 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

CONSTATE la désaffectation et PRONONCE le déclassement de la parcelle cadastrée sur le territoire de la commune de THONAC (24290), lieu-dit « Bouquetas », section D n° 521p, d'une contenance cadastrale de 10a58ca.

DECIDE dans le cadre de la gestion foncière du Centre d'Interprétation et Parc animalier du THOT sur le territoire de la Commune de THONAC, de l'opération d'échange foncier suivante :

- Acquisition par le Département d'une parcelle de terrain, constituée d'un chemin et d'une bordure de chênes, cadastrée lieu-dit « Bouquetas », section D n° 520p, d'une contenance cadastrale de 3a33ca, appartenant à la Société A Responsabilité Limitée à Associé Unique « KRISCAN DE LOSSE », domiciliée à « Château de Losse », THONAC (24290), identifiée au répertoire SIREN sous le n° 422 083 253 et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PERIGUEUX, moyennant la somme de CENT EUROS (100 €) ;

- Cession par le Département d'une parcelle de terrain en très forte pente partiellement boisée et inexploitable, cadastrée lieu-dit « Bouquetas », section D n° 521p, d'une contenance cadastrale de 10a58ca, à la Société A Responsabilité Limitée à Associé Unique « KRISCAN DE LOSSE », domiciliée à « Château de Losse », THONAC (24290), identifiée au répertoire SIREN sous le n° 422 083 253 et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PERIGUEUX, moyennant la somme de CENT EUROS (100 €). Une demande d'avis a été adressée au Service de France Domaine le 14 novembre 2019. Le délai d'un mois s'étant écoulé sans réponse de sa part (article L. 3213-2 du Code Général des Collectivités Territoriales), cet avis est réputé donné.

DIT que l'acte d'échange sera rédigé en la forme administrative.

AUTORISE M. le Vice-président en charge des Finances, de l'Administration générale, des Marchés publics à signer l'acte d'échange en la forme administrative correspondant, 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



Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT | dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc193ae14fced3-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.7

Avenant n° 2 à la convention de mise à disposition gracieuse du 25 août 2010
des locaux du Centre d'accueil du Pôle d'Interprétation de la Préhistoire (PIP) - LES EYZIES.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.7

Avenant n° 2 à la convention de mise à disposition gracieuse du 25 août 2010 des locaux du Centre d'accueil du Pôle d'Interprétation de la Préhistoire (PIP) - LES EYZIES.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU le Code de la Propriété des Personnes Publiques,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 10.CP.V.17 du 7 juin 2010,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 11.CP.II.22 du 18 avril 2011,

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

VU la convention de mise à disposition gracieuse des locaux du Centre d'accueil du Pôle International de la Préhistoire du 25 août 2010 et son avenant n° 1,

VU la délibération de l'Établissement Public de Coopération Culturelle à caractère administratif « PÔLE D'INTERPRETATION DE LA PREHISTOIRE » n° 2018-22 du 24 mai 2018, portant modification des statuts,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DECIDE de proroger jusqu'au 31 décembre 2023, la durée de la convention de mise à disposition, y compris ses avenants, à titre gracieux des locaux du Centre d'accueil du Pôle d'Interprétation de la Préhistoire (PIP) intervenue le 25 août 2010 avec l'Établissement Public de Coopération Culturelle « Pôle d'Interprétation de la Préhistoire » sur le territoire de la Commune de LES EYZIES (24620).

APPROUVE les termes de l'avenant n° 2, ci-annexé, à intervenir entre le Département et Le Pôle d'Interprétation de la Préhistoire (PIP), Établissement Public de Coopération Culturelle à caractère administratif créé par arrêté préfectoral du 29 décembre 2009, modifié par arrêté préfectoral du 20 novembre 2018.

AUTORISE Mme la Vice-présidente en charge de la Culture et de la Langue occitane à le signer et l'exécuter, au nom et pour le compte du Département, ainsi que tous les avenants ultérieurs s'y rapportant dans la mesure où ceux-ci n'entraînent pas de modifications substantielles aux dispositions initiales.

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.IX.7 du 16 décembre 2019.

AVENANT N° 2

A LA CONVENTION DE MISE A DISPOSITION GRACIEUSE DU 25 AOÛT 2010 DES LOCAUX DU CENTRE D'ACCUEIL DU PÔLE D'INTERPRETATION DE LA PREHISTOIRE - LES EYZIES -

Entre les soussignés :

LE DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE, personne morale de droit public, domicilié en l'Hôtel du Département - 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex représenté par Mme la Vice-présidente chargée de la Culture et de la Langue occitane, Mme Régine ANGLARD, dûment habilitée à signer et exécuter, en vertu d'une délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IX. du 16 décembre 2019.
(Numéro SIRET : 222 400 012 00019)

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

Et :

LE PÔLE D'INTERPRETATION DE LA PREHISTOIRE (PIP), Établissement Public de Coopération Culturelle à caractère administratif créé par arrêté préfectoral du 29 décembre 2009, modifié par arrêté préfectoral du 20 novembre 2018, domicilié au n° 30 rue du Moulin - 24620 LES EYZIES, représenté par son Président, M. Germinal PEIRO, en vertu de la délibération 2018-32 du Conseil d'administration du 14 décembre 2018.
(Numéro SIRET : 200 029 650 00047)

Ci-après dénommé « le PÔLE », d'autre part.

Ci-après dénommés ensemble « Les Parties ».

Il est exposé et convenu ce qui suit :

PREAMBULE

L'État, la Région Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Dordogne ont décidé de la réalisation sur le territoire de la Commune de LES EYZIES (24620) d'un Centre d'accueil de la Préhistoire dans le cadre du « Pôle International de la Préhistoire ».

Après une étude de faisabilité en 2002 et 2003, le projet a été validé par le Conseil d'administration de l'Établissement Public de Coopération Culturelle à caractère administratif, le 26 novembre 2004. La maîtrise d'ouvrage en a été confiée au Conseil général de la Dordogne, dans le cadre de la convention d'application Vallée-Vézère du Contrat de projet État/Région 2007-2013.

Dans ce cadre, le PÔLE a été créé par arrêté préfectoral du 29 décembre 2009 pour une durée de 10 ans et une convention de mise à disposition à titre gracieux de locaux nécessaires au fonctionnement du PÔLE sur le territoire de la Commune de LES EYZIES appartenant au DEPARTEMENT est intervenue entre les Parties le 25 août 2010 avec un terme fixé au 31 décembre 2019.

Cependant les statuts du PÔLE ont été modifiés par délibération 2018-022 du 24 mai 2018, et approuvés par arrêté préfectoral en date du 20 novembre 2018, intégrant les Collectivités locales, modifiant le nom de l'Établissement : « Pôle d'Interprétation de la Préhistoire » et prorogeant sa durée jusqu'au 31 décembre 2023.

Ainsi, les parties sont convenues de proroger la durée de mise à disposition des locaux dédiés au Pôle d'Interprétation de la Préhistoire et en conséquence par le présent avenant de modifier les termes de la convention initiale du 25 août 2010.

CECI ETANT EXPOSE IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er – OBJET

Le présent avenant a pour objet de proroger la durée de la convention de mise à disposition gracieuse du 25 août 2010 des locaux du Centre d'accueil du Pôle d'Interprétation de la Préhistoire aux EYZIES.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 2 « DUREE »

La convention de mise à disposition gracieuse signée le 25 août 2010 entre les Parties, est prorogée **jusqu'au 31 décembre 2023**, conformément à l'arrêté préfectoral du 20 novembre 2018 et à l'article 5 des statuts en vigueur du PÔLE.
Le présent avenant produira effet à compter du 1er janvier 2020.

ARTICLE 3 – DISPOSITIONS INCHANGEES

Les présentes valent avenant n° 2 à la convention initiale du 25 août 2010, les stipulations du Contrat sont modifiées dans les limites prévues à cet avenant n° 2, le reste demeurant inchangé.

ARTICLE 4 – ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution des présentes, les Parties font élection de domicile en leur siège respectif.

ARTICLE 5 – FORMALITÉ DU DOUBLE

Le présent avenant a été établie en deux exemplaires originaux dont un a été remis à chacune des deux Parties.

Fait à PERIGUEUX
Le

Le DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE,
représenté par Mme la Vice-présidente en charge de la Culture et de la Langue occitane,

Régine ANGLARD

Fait à PERIGUEUX
Le

Le PÔLE D'INTERPRETATION DE LA PREHISTOIRE,
représenté par son Président,

Germinal PEIRO

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1932614fcd8d-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.8

Site Départemental du LAC DE GURSON.
Convention d'occupation privative du Camping "Lac de Gurson"
CARSAC-DE-GURSON.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.8
Site Départemental du LAC DE GURSON.
Convention d'occupation privative du Camping "Lac de Gurson"
CARSAC-DE-GURSON.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU le Code Général de la Propriété des Personnes Publiques,

VU le Code du Tourisme,

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

VU les délibérations de la Commission Permanente n° 19.CP.IV.29 du 17 juin 2019 et n° 19.CP.VII.7 du 14 octobre 2019,

VU le compromis de vente en date du 24 octobre 2019, rédigé par Me Emilie CHAUDOUET-GALUSKA, notaire à MONTPON-MÉNESTÉROL, intervenu entre le Département et la SCI LES FRANGINS,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

AUTORISE l'occupation privative de l'Unité Foncière dédiée à l'activité de camping située à CARSAC-DE-GURSON (24610) et cadastrée lieu-dit « Gurson » section A n° 1391 et n° 1394 d'une contenance totale de 2ha 91a 83ca, par la SARL GURSON, Société A Responsabilité Limitée, dont le siège social est à CARSAC DE GURSON (24610) « Le Site du Lac de Gurson », immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bergerac sous le numéro 852 615 913, représentée par M. Nico Irma E D'HAEMER et M. Björn Tom DE PAEPE, Co-gérants et seuls associés.

PRECISE que cette autorisation est consentie pour une durée de TROIS ANS à compter du 1er janvier 2020 et que la signature de l'acte authentique de vente emportera résiliation de la présente occupation.

FIXE le montant annuel de la redevance à 3.000 € (Trois Mille Euros) hors charges, payable en une seule échéance.

DIT que l'Occupant s'acquittera des frais d'ouverture de compteurs, d'abonnements et de sa consommation de fluides auprès des différents prestataires.

APPROUVE les termes de la convention d'occupation privative, ci-annexée, à intervenir entre le Département de la Dordogne et la SARL GURSON.

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

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.IX.8 du 16 décembre 2019.

CARSAC DE GURSON	CONVENTION D'OCCUPATION PRIVATIVE DU DOMAINE PUBLIC DEPARTEMENTAL --- CAMPING DU LAC DE GURSON	Lac de GURSON

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 PERIGUEUX CEDEX, représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO dûment habilité à cet effet par délibération de la Commission Permanente du n° 19.CP.IX. en date du 16 décembre 2019,
(Numéro SIRET : 222 400 012 00019)

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

ET

La Société dénommée **SARL GURSON**, Société A Responsabilité Limitée, dont le siège social est à CARSAC-DE-GURSON (24610) « Le Site du Lac de Gurson », immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bergerac sous le numéro 852 615 913, représentée aux présentes par M. Nico Irma E D'HAEMER et M. Björn Tom DE PAEPE, Co-gérants et seuls associés, ayant tous pouvoirs à l'effet des présentes en vertu des statuts reçus le 17 juillet 2019 par Me Emilie CHAUDOUET-GALUSKA, notaire à MONTPON-MÉNESTÉROL, enregistrés le 18 juillet 2019 sous le numéro 2404P01 2019N01113.

Ci-après dénommée "l'OCCUPANT", d'autre part.

PREAMBULE :

Par délibération n° 19.CP.IV.29 du 17 juin 2019, la Commission Permanente a décidé d'accepter la cession d'une partie détachable et fonctionnellement autonome du site départemental à vocation touristique dénommé « Base de Loisirs de Gurson » au profit de MM. Nico E D'HAEMER et Björn DE PAEPE (ou toute Société créée par eux à cet effet), demeurant à MONTPON-MENESTEROL (24700) « La Moutasse », pour un montant de SEPT CENT NEUF MILLE EUROS (709.000 €), afin de créer une dynamique de développement touristique, à savoir :

- le Village de vacances composé de 19 gîtes, cadastré sur le territoire de la Commune de CARSAC-DE-GURSON lieu-dit « Gurson » section A n° 1389, n° 563, n° 1090 et n° 1088 pour une contenance de.10ha 22a 71ca,
- le Camping « Lac de Gurson » comprenant un bloc sanitaire, un logement de fonction/réception et 80 emplacements, cadastré sur le territoire de la Commune de CARSAC-DE-GURSON lieu-dit « Gurson » section A n° 1391 et n° 1394 pour une contenance de 2ha 91a 83ca.

La vente de cet ensemble immobilier se fait en deux temps, l'acte authentique de vente du Village de vacances est en cours de finalisation, sa signature interviendra avec la SCI LES FRANGINS avant le 31 décembre 2019.

Par délibération n° 19.CP.VII.7 du 14 octobre 2019, la Commission Permanente a constaté la désaffectation de l'Unité Foncière dédiée au Camping « Lac de Gurson » et a autorisé M. le Président du Conseil départemental à signer le compromis de vente à la SCI LES FRANGINS le 24 octobre dernier.

Ce dernier contient les conditions préalables à la réalisation de cette vente au profit du futur Acquéreur, comme notamment l'obtention d'un prêt immobilier et au profit du Département, le déclassement de l'Unité Foncière, affectée au Camping, du Domaine public départemental. Les engagements pris par les Parties sont respectivement consentis jusqu'au 2 janvier 2023, au plus tard.

Dans ce délai de réalisation, les Parties sont convenues de conclure une convention d'occupation précaire pour permettre au futur acquéreur par l'intermédiaire d'une Société Commerciale de débuter sous sa responsabilité et à ses risques et périls une exploitation commerciale compatible avec la destination du site.

Ainsi, par la présente, le Département met à la disposition de la SARL GURSON le Camping « Lac de Gurson », pour y exercer des activités conformes à la destination des lieux et dans le respect des conditions prévues par la présente.

CECI ETANT EXPOSE, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Le droit d'occupation privative ainsi conféré ne l'est qu'à titre précaire et révocable et exclut en conséquence toute possibilité d'invoquer le champ d'application des baux commerciaux dont les dispositions sont codifiées au Code de Commerce, articles L 145-1 et suivants.

ARTICLE 1er : OBJET

La présente convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles l'OCCUPANT est autorisé, sous le régime des occupations temporaires du Domaine public conformément aux articles L. 2122-1 et suivants du Code Général de la Propriété des Personnes Publiques (CG3P), à exploiter à titre précaire et révocable, la Structure à usage commercial Située sur le site départemental du « Lac de Gurson », et définies à l'article 2.

Cette occupation est exclusive de toute obligation de Service public pour l'OCCUPANT qui reste entièrement libre de l'organisation des activités qu'il exerce, sous réserve du respect de la destination des lieux et des conditions ci-après exposées. Il reste ainsi libre de définir les conditions de gestion, notamment tarifaires, dudit camping.

Egalement, il reconnaît et admet expressément que cette convention n'est en aucun cas constitutive de droits réels tels que prévus aux articles L. 1311-2 et L. 1311-5 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT), et qu'il ne pourra pour quelque cause et de quelque façon que ce soit se prévaloir ni des dispositions sur la propriété commerciale ni d'une quelconque réglementation susceptible de lui conférer un droit au maintien dans les lieux.

ARTICLE 2 : DESIGNATION DES LOCAUX

A CARSAC DE GURSON, au lieu-dit « Gurson » :
Un ensemble immobilier appartenant au Domaine public départemental à usage de Camping comprenant 80 emplacements avec bloc sanitaire, un logement de fonction/réception, cadastré comme suit :

Section	N°	Lieudit	Surface
A	1391	GURSON	00 ha 00 a 29 ca
A	1394	GURSON	02 ha 91 a 54 ca

Total surface : 02 ha 91 a 83 ca

L'ensemble des biens mis à la disposition demeure la propriété exclusive du DEPARTEMENT jusqu'à la signature de l'acte authentique de vente rédigé par Me Emilie CHAUDOUET-GALUSKA, notaire à MONTPON-MÉNESTÉROL et au paiement du prix de vente.

L'OCCUPANT déclare parfaitement connaître les lieux pour les avoir visités et les accepte dans l'état où ils se trouvent.

Il renonce en conséquence à réclamer quelques indemnités ou réduction de redevance que ce soit, fût-ce en cas d'erreur sur la substance, la contenance ou autres défauts et, non-conformités éventuelles, y compris, avec une réglementation quelconque.

ARTICLE 3 : DESTINATION DES LOCAUX

Les emplacements mis à disposition de l'OCCUPANT par les présentes sont exclusivement réservés à une activité dite de « CAMPING » à savoir l'accueil sur un terrain aménagé à cet effet de tentes, caravanes, résidences mobiles de loisirs et d'habitations légères de loisirs (Cf. article D331-1-1 du Code du Tourisme).

L'OCCUPANT devra se conformer strictement à l'ensemble des réglementations en vigueur.
Il ne pourra apporter aucune modification à l'activité ci-dessus décrite sauf accord préalable et express du DEPARTEMENT, ni se prévaloir d'aucun usage ni d'aucune tolérance.

ARTICLE 4 : DUREE D'OCCUPATION

La présente occupation est conclue à titre précaire et révocable, pour une durée de TROIS (3) ANNEES, soit du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2022 inclus, sans possibilité de reconduction tacite et sans droit au renouvellement.

Les effets de la convention se poursuivent jusqu'à l'achèvement de l'ensemble des dispositions de la présente et notamment celles relatives à l'état des lieux de sortie, s'il y a lieu et aux clauses financières.

Dans le cas où la réitération de la vente exigerait un délai supplémentaire à celui convenu dans le compromis de vente du 24 octobre 2019, les Parties se réuniront pour convenir ou non d'une nouvelle convention.

ARTICLE 5 : CLAUSES FINANCIERES

Article 5-1 : Redevance

En contrepartie de la présente autorisation d'occuper le Domaine public, l'OCCUPANT s'engage à verser au DEPARTEMENT une redevance annuelle s'élevant à la somme de 3000 € (Trois Mille euros), hors frais.

Un titre de recettes sera émis annuellement, à partir du mois de septembre, à l'encontre de l'OCCUPANT. Le versement sera à effectuer pour le compte du DEPARTEMENT auprès de M. le Payeur départemental.

Article 5-2 : Charges

L'OCCUPANT prendra à sa charge et hors redevance les dépenses de fonctionnement liées à son activité dans les conditions suivantes :

- il fera son affaire de tout frais d'abonnements, d'installation des compteurs et transformateurs liés à son activité,
- plus particulièrement, il fera son affaire de tout frais d'abonnements pour les éléments de sécurité (extincteurs) et pour ceux nécessitant des vérifications annuelles ou périodiques (chaudière à gaz et cuve de gaz). L'OCCUPANT s'engage à fournir à première demande au DEPARTEMENT les attestations d'entretien périodiques.

Article 5-3 : Impôts et Taxes

Toutes les dispositions ou contributions de quelque nature qu'elles soient, ainsi que toutes les charges ou taxes locales, notamment la taxe d'enlèvement des ordures ménagères et autres, prévues ou imprévues, qui auraient rapport à l'activité commerciale sont à la charge de l'OCCUPANT.

La Taxe foncière reste à la charge du DEPARTEMENT.

ARTICLE 6 : ETAT DES LOCAUX

Article 6-1 : Etat des lieux d'entrée

L'OCCUPANT prend les locaux mis à disposition dans l'état où ils se trouvent lors de son entrée en jouissance. Il ne pourra élever aucune réclamation ni recours contre le DEPARTEMENT pour quelque cause que ce soit, et notamment pour des raisons de mauvais état des biens mis à disposition, du sol ou du sous-sol ou même pour vice caché.

L'OCCUPANT devra tenir et entretenir les lieux durant toute la durée de la mise à disposition pour les rendre en bon état pour le cas où la vente ne se réaliserait pas.

Un état des lieux contradictoire sera établi entre les parties lors de l'entrée en jouissance. Un exemplaire sera remis à chacune des Parties.

Article 6-2 : Etat des lieux de sortie

Dans le cas où la vente des biens mis à disposition ne se réaliserait pas, un état des lieux de sortie sera effectué au terme normal ou anticipé de la présente convention. Les lieux devront être remis dans leur état initial en parfait état de conservation et d'entretien et débarrassé du matériel et/ou du mobilier appartenant à l'OCCUPANT. La comparaison des états des lieux servira, le cas échéant, à déterminer les travaux de remise en état auxquels l'OCCUPANT devra procéder à ses frais.

ARTICLE 7 : DEPÔT DE GARANTIE

Les Parties sont convenues qu'aucun dépôt de garantie ne sera versé à la remise des clés.

ARTICLE 8 : CONDITIONS D'OCCUPATION

L'OCCUPANT devra se conformer en outre à l'ensemble des Règlements de ville et de police y compris communaux ou intercommunaux et sera personnellement et pleinement responsable de tous manquements qui pourraient être constatés par quelque autorité que ce soit.

L'OCCUPANT devra se conformer strictement à l'ensemble des réglementations en vigueur relatives à son activité commerciale, et notamment, aux obligations légales d'affichages, aux règles d'hygiène et de sécurité, à la législation en matière de droit social et de droit du travail.

L'OCCUPANT devra faire toutes démarches, toutes déclarations, toutes inscriptions, y compris au Registre du Commerce et des Sociétés, afin d'exploiter son activité en toute légalité. Il devra pouvoir en justifier à toutes réquisitions du DEPARTEMENT.

L'OCCUPANT effectuera son exploitation commerciale à ses risques et périls sans qu'une quelconque responsabilité du DEPARTEMENT puisse être recherchée.

L'OCCUPANT fera son affaire personnelle du gardiennage et de la surveillance des biens mis à disposition, le DEPARTEMENT ne pouvant, en aucun cas, et à aucun titre, être tenu responsable des vols ou détournements ou autres actes délictueux dont l'OCCUPANT pourrait être victime à l'intérieur des locaux.

L'OCCUPANT s'engage à maintenir les biens mis à disposition, en bon état d'entretien, notamment extérieur, afin qu'ils ne puissent nuire par leur aspect, à la beauté du site départemental.

ARTICLE 9 : GESTION DES DECHETS

L'OCCUPANT assurera lui-même l'évacuation des déchets produits par son activité jusqu'au point de collecte organisé par le Syndicat mixte, à ses frais selon les normes et règlement en vigueur et notamment celui du site.

Pour ce qui est des abords immédiats des emplacements, l'OCCUPANT devra veiller au ramassage des déchets provenant de son activité et assurera notamment la mise en place et l'entretien d'un nombre suffisant de poubelles en conformité avec le Règlement du site.

ARTICLE 10 : LE PERSONNEL

L'OCCUPANT s'oblige à respecter la législation en vigueur, sans qu'aucune responsabilité du DEPARTEMENT ne puisse être recherchée en cas de carence de l'OCCUPANT à cet égard.
Il devra veiller que le personnel intervenant pour son compte possède les qualifications professionnelles et assurances requises. Le personnel employé devra être en situation régulière au regard de la loi et notamment du Code du travail.

L'OCCUPANT prendra en charge tous les frais de son personnel, s'il vient à en avoir, à savoir, les salaires, toutes les charges de Sécurité Sociale et notamment, sans que cette liste soit exhaustive, URSSAF, Caisse d'Allocations Familiales (CAF), etc.

ARTICLE 11 : REPARATIONS-ENTRETIEN

Article 11-1 – Grosses réparations et améliorations

L'OCCUPANT sera tenu aux grosses réparations au sens de l'article 606 du Code civil, aux dépenses rendues nécessaires par la vétusté ou la force majeure.

Il est ici précisé que le bâtiment sanitaire, construit en 2014, est sous garantie décennale. Pendant la durée de l'occupation, l'OCCUPANT devra aviser immédiatement le DEPARTEMENT de tout désordre en lien avec cette garantie dont il serait à même de constater la nécessité sous peine d'être tenu responsable personnellement et solidairement de toute aggravation, résultant de son silence ou de son retard.

Article 11-2 – Entretien à la charge du Locataire

L'OCCUPANT assure l'ensemble des obligations d'entretien et de renouvellement qui ne sont pas à la charge du DEPARTEMENT en application de l'article 11-1 de la présente convention. Les obligations à la charge de l'OCCUPANT comprennent notamment, dans ce cadre, l'ensemble des opérations d'entretien courant et de nettoyage des biens et plus particulièrement, sans que cette liste soit exhaustive :

- l'entretien des espaces verts, des haies et des arbres. Il procédera également à leur élagage pour la mise en sécurité. Dans l'hypothèse où un arbre devrait être abattu, l'OCCUPANT a obligation de le remplacer. L'essence sera définie avec les Services compétents du DEPARTEMENT,
- l'entretien et le nettoyage des réseaux,
- l'entretien des éclairages extérieurs et intérieurs,
- l'entretien de tous les appareils mis à sa disposition, au besoin en souscrivant à sa charge les contrats de maintenance nécessaires (gaz, extincteurs).

En aucun cas, l'OCCUPANT ne pourra se retourner vers le DEPARTEMENT pour la réalisation de travaux et il est expressément convenu que tous les travaux seront à la charge technique et financière de l'OCCUPANT, **à l'exception de travaux éventuels à réaliser sur le bâtiment sanitaire pour lesquels la garantie décennale peut s'appliquer**.

Le DEPARTEMENT pourra contrôler l'exécution des obligations d'entretien par l'OCCUPANT.

Dans l'hypothèse où il ne respecterait pas les obligations prévues au présent article, et après mise en demeure, d'avoir à y remédier, restée infructueuse au terme d'un délai d'un mois, le DEPARTEMENT pourra faire procéder d'office aux travaux nécessaires pour remédier aux manquements constatés aux frais et risques de l'OCCUPANT.

ARTICLE 12 : REGLEMENT INTERIEUR – CONSERVATION DU DOMAINE PUBLIC

L'OCCUPANT déclare avoir pris connaissance du Règlement intérieur du Site départemental et en accepter toutes les stipulations, sans exception ni réserve.

L'OCCUPANT s'engage à respecter les directives qui pourraient lui être données par tout Agent habilité du DEPARTEMENT dont le Gardien du site.

Dans le cadre de la conservation du Domaine public, toute publicité sera interdite à l'exception de l'enseigne de l'OCCUPANT.

Aucun poteau, ni fil aérien pour quelque cause que ce soit (éclairage, sonnerie, communication) ne sera accepté sauf autorisation préalable écrite du DEPARTEMENT.

Aucun dépôt de matériel ne sera toléré en dehors de l'emprise du domaine occupé.

ARTICLE 13 : CESSION ET SOUS-LOCATION

Conformément à l'article L. 2122-1 du Code Général de la Propriété des Personnes Publiques, l'autorisation d'occupation est accordée à l'OCCUPANT à titre personnel.

En conséquence, toute cession (partielle ou totale) ou sous-location, transfert, mise à disposition ou en "gérance" sous quelque forme et quelques modalités que ce soit, sont strictement interdits, sauf si cela a un lien avec la vente de l'ensemble immobilier en cours, auquel cas une autorisation préalable et exprès du DEPARTEMENT sera nécessaire.

ARTICLE 14 : TRAVAUX ET EMBELLISSEMENTS

L'OCCUPANT s'engage à ne pas modifier les lieux sans l'accord express et préalable du DEPARTEMENT.

Tous les travaux portant sur l'aspect extérieur ou intérieur du local, par exemple l'adjonction sur les façades d'éléments de décorations visibles de l'extérieur, seront réalisés aux frais de l'OCCUPANT.
Si des travaux devaient être réalisés par l'OCCUPANT, ils le seraient suivant les règles de l'art et devront, dès le stade de leur projet, être soumis préalablement et par écrit, à l'accord du DEPARTEMENT, sans préjudice des autorisations formelles à obtenir par ailleurs.

En conséquence, tous les aménagements et installations faits par l'OCCUPANT deviendront, sans indemnité, propriété du DEPARTEMENT à la fin de l'occupation si la vente ne se réalise pas, à moins que ce dernier ne préfère que les lieux soient rétablis dans leur état initial.

En cas de destruction ou de détérioration des lieux du fait de l'OCCUPANT, pendant la durée de la convention, il sera tenu de les remettre en état ou de les reconstruire à l'équivalent afin de ne pas amoindrir le patrimoine du DEPARTEMENT.

L'OCCUPANT ne doit pas réaliser des investissements dont la durée d'amortissement excéderait la date d'expiration du présent contrat.

ARTICLE 15 : SECURITE

Préalablement à l'utilisation des lieux, l'OCCUPANT reconnaît :

- avoir pris connaissance des consignes générales de sécurité ainsi que des consignes particulières et s'engage à les appliquer, ainsi que les consignes spécifiques données par le DEPARTEMENT, compte tenu de l'activité envisagée ;
- avoir procédé à une visite des lieux et des voies d'accès qui seront effectivement utilisées ;
- avoir constaté l'emplacement des dispositifs d'alarme, des moyens d'extinction (extincteurs, robinets d'incendie armés, etc.) et avoir pris connaissance des itinéraires d'évacuation et des issues de secours.

L'OCCUPANT déclare faire son affaire personnelle de l'obtention de toutes les autorisations nécessaires à l'ouverture d'un établissement recevant du public, s'il y a lieu., sans que la responsabilité du DEPARTEMENT ne puisse être recherchée.

ARTICLE 16 : RESPONSABILITE ET RECOURS

L'OCCUPANT sera tenu pour responsable de toutes infractions, manquements ou contraventions pouvant être relevés à son encontre tant en raison de son activité, que de son fait personnel, que de celui de ses préposés ou de celui des personnes ou occupants de son chef, qu'en raison en outre de l'inobservation ou de l'inexécution des réglementations en vigueur.
Il est, en effet, seul responsable de son fait, de celui de son personnel, et des biens dont il a la garde et, sera tenu tant par lui-même, vis-à-vis du DEPARTEMENT et de tous tiers de tous dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont la conséquence, ainsi que de toutes dégradations résultant de l'occupation et ou de l'exploitation des lieux occupés.
L'OCCUPANT fera également son affaire personnelle, à ses risques périls et à ses frais, sans que le DEPARTEMENT puisse être impliqué ou recherché, de toutes réclamations faites les voisins ou les tiers, notamment pour bruits, parasites, odeurs causés par lui ou par des appareils lui appartenant.

ARTICLE 17 : ASSURANCE

L'OCCUPANT devra souscrire une assurance auprès de toutes compagnies notoirement solvables contre tous risques, à savoir :

a) Risques "locatifs" (incendie, explosion, vol, foudre, bris de glace et dégâts des eaux, dégradations occasionnées aux bâtiments, etc..) ;
b) Responsabilité civile ;
c) Responsabilité professionnelle ;
d) Risques contre les accidents du travail pour lui-même et son personnel.

Il sera tenu de s'acquitter de toutes les primes et cotisations dues du chef de ces assurances et devra en justifier au plus tard, le jour de l'entrée en jouissance et de la remise des clés.

Les Compagnies d'assurances devront avoir communication des présentes afin de prévoir les garanties en conséquence. L'OCCUPANT devra justifier de la souscription des polices nécessaires, en communiquant au DEPARTEMENT chaque fois qu'il le demande, des attestations confirmant la validité des polices d'assurances, leur nature et leur étendue, ainsi que le paiement des primes correspondantes.

L'OCCUPANT s'engage à aviser immédiatement le DEPARTEMENT de tout sinistre.

L'OCCUPANT s'oblige à relever le DEPARTEMENT de toute condamnation qui pourrait être prononcée contre ce dernier, au titre de la responsabilité qui lui incombe.

ARTICLE 18 : 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'une demande expresse de la part de l'OCCUPANT, précisant l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle entraîne.

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

ARTICLE 19 : RESILIATION

Toutes les clauses de la présente convention sont de rigueur ; chacune d'elles est une condition déterminante du présent contrat sans laquelle les Parties et notamment le DEPARTEMENT n'auraient pas contracté.

En conséquence, en cas de non-respect par l'OCCUPANT d'une des clauses de la présente convention, ou en cas de manquement grave, prolongé ou renouvelé aux obligations qui lui incombent en exécution des lois et règlements en vigueur, le DEPARTEMENT se réserve le droit de résilier la présente convention sans préavis ni indemnité.

Le montant de la redevance réglé par l'OCCUPANT restera acquis au DEPARTEMENT.

La présente convention sera en outre résiliée de plein droit, si bon semble au DEPARTEMENT, compte tenu de l'intérêt général lié à la préservation du site et de ses services et particularités et nonobstant les dispositions du Code de commerce concernant les procédures collectives en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'OCCUPANT. En conséquence, le Mandataire nommé par le Tribunal ou le Représentant des créanciers ne pourra sous aucun prétexte, continuer l'exploitation de l'activité, ni céder le droit restant à courir à la présente convention.

Le DEPARTEMENT pourra également mettre fin, sans indemnité, à la présente convention avant son terme pour des motifs tirés de l'intérêt général. Il devra, en ce cas, respecter un préavis minimum de quinze jours (15).

Il pourra également être mis fin, sans indemnité pour l'une ou l'autre des Parties, en cas de non réalisation de la vente. Les Parties conviendront ensemble de la continuation ou non de la présente occupation.

ARTICLE 20 : DOCUMENTS CONTRACTUELS

La convention se compose du présent document et de l'annexe ci-après désignée :

- Annexe : périmètre des biens mis à disposition.

ARTICLE 21 : REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige pour l'application de la présente convention, les Signataires s'engagent à rechercher un règlement amiable préalablement à tous recours contentieux.

En cas d'échec, les litiges relèveront de la compétence du Tribunal Administratif de Bordeaux.

ARTICLE 22 : ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution de la présente convention et notamment pour la signification de tous actes de poursuites, les Parties font élection de domicile en leur siège respectif.

ARTICLE 23 : FORMALITÉ DU DOUBLE

La présente convention a été établie en deux exemplaires originaux dont un a été remis à chacune des deux Parties.

à Périgueux le

Le DEPARTEMENT de la Dordogne,

représenté par le Président du Conseil départemental,

Germinal PEIRO

à Gurson le

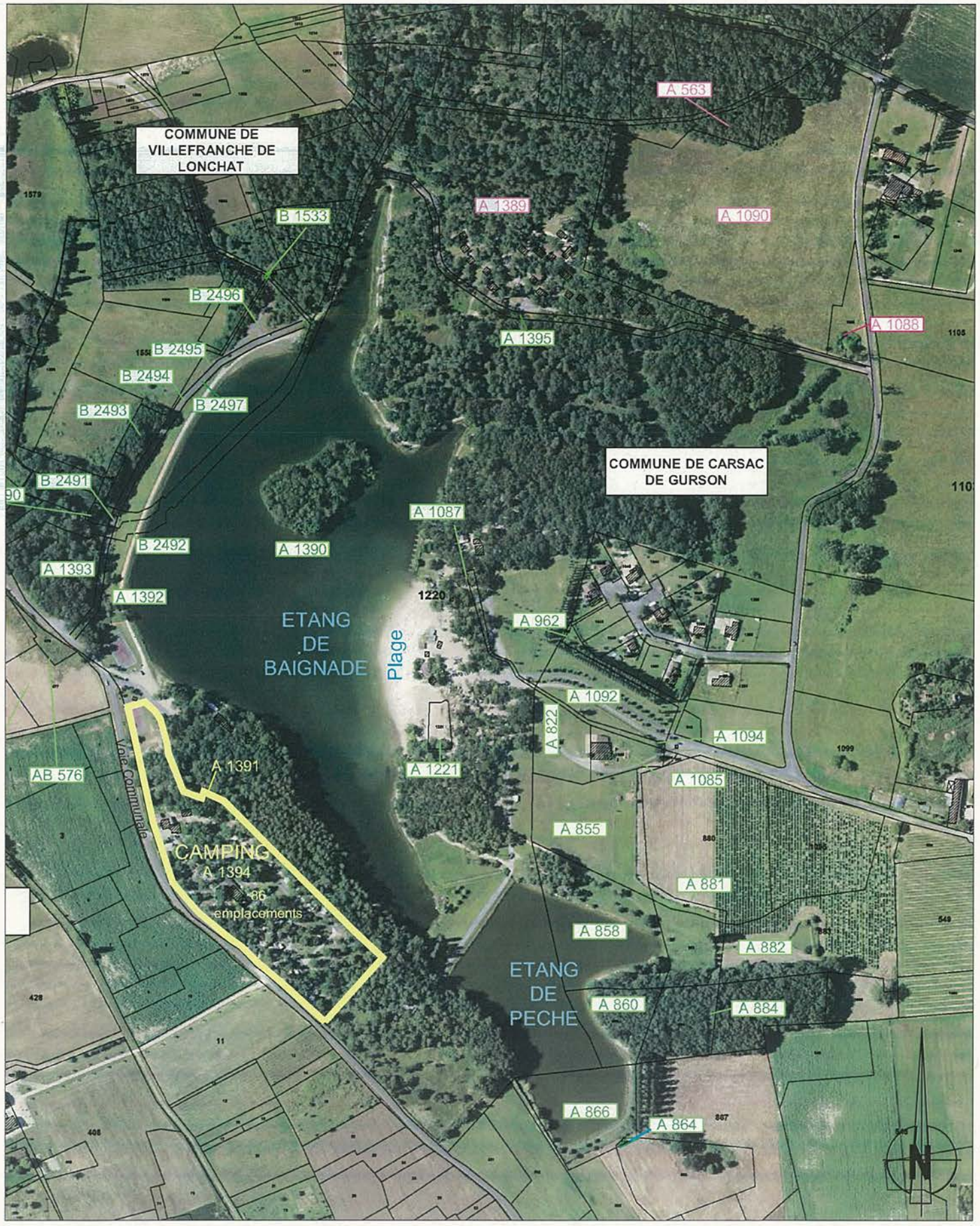
L'OCCUPANT,

la SARL GURSON,

représentée par ses Co-gérants,

Nico Irma E D'HAEMER Björn Tom DE PAEPE

SITE DU LAC DE GURSON
Communes de Carsac de Gurson , Montpeyroux et Villefranche de Lonchat



Ech: 1/5000 e

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939d14fcdcd-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.9

Syndicat Mixte Ouvert "Etablissement Public Territorial de Bassin (EPTB) Charente".
Désignation d'un Délégué suppléant.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.9

Syndicat Mixte Ouvert "Etablissement Public Territorial de Bassin (EPTB) Charente".
Désignation d'un Délégué suppléant.

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° 18-287 du 16 novembre 2018,

VU le courrier du Président de l'EPTB Charente en date du 9 octobre 2019,

VU l'arrêté de la Préfète de la Charente n° 16-2019-10-10-001 du 10 octobre 2019 et les statuts annexés,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

DESIGNE Mme Juliette NEVERS en qualité de Suppléante de M. Pascal BOURDEAU, Délégué titulaire, pour représenter le Département au Comité syndical de l'Etablissement Public Territorial de Bassin (EPTB) Charente.

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

Jeannik NADAL



Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc1938f14fcdb6-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.10

Convention pour la diffusion des fichiers fonciers entre le Département de la Dordogne et l'Agence Technique Départementale (ATD).

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.10

Convention pour la diffusion des fichiers fonciers entre le Département de la Dordogne et l'Agence Technique Départementale (ATD).

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 la convention relative à la diffusion des fichiers fonciers ci-annexée, à intervenir entre le Département de la Dordogne et l'Agence Technique Départementale (ATD 24).

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à la 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.IX.10 du 16 décembre 2019.

CONVENTION POUR LA DIFFUSION DES FICHIERS FONCIERS

ENTRE

D'UNE PART,

Le Département de la Dordogne

sis 2, rue Paul Louis Courier CS11200 à Périgueux (24019 - Dordogne)

Représenté par Monsieur Germinal PEIRO, dûment habilité, en sa qualité de Président du Conseil Départemental, à signer en vertu de la délibération de la Commission Permanente n°.....du .....

Ci-après dénommé « le Département »

ET

D'AUTRE PART,

L'Agence Technique Départementale de la Dordogne

située au 2 place Hoche à Périgueux (24000 - Dordogne)

Représentée par Monsieur Jean-Michel MAGNE agissant en sa qualité de Président délégué de l'ATD, dûment habilité en vertu d'une délibération du Conseil d'Administration n° ..... du .....

Ci-après dénommée « **ATD 24 ou l'utilisateur** »

Article 1. Le contexte

Sur commande, la DGFiP met à la disposition des collectivités, et de toute autre entité chargée d'une mission de service public :

- le fichier des propriétaires ;
- le fichier des propriétés non bâties ou fichier parcellaire ;
- le fichier des propriétés bâties ou fichier des locaux ;
- le fichier des propriétés divisées en lots ;
- le fichier des liens lots-locaux .

Les fichiers contiennent des données nominatives et fiscales, et sont délivrés uniquement aux collectivités locales (communes, départements, régions ...), aux administrations de l'Etat représentées par leurs services centraux ou territoriaux, et aux organismes chargés d'une mission de service public.

La communication de ces fichiers est payante en application de l'arrêté tarifaire du 16 mai 2011 relatif aux conditions de rémunérations des prestations cadastrales rendues par la DGFiP. Le regroupement des commandes, par l'intermédiaire du Conseil départemental ou d'un EPCI, permet de bénéficier d'un meilleur coût d'acquisition et de réaliser d'importantes économies d'échelle en mutualisant l'élaboration des traitements informatiques.

Le Conseil Départemental avait initié depuis les années 2000 la mutualisation préconisée par la DGFIP, en achetant les fichiers fonciers de la matrice cadastrale pour son propre usage dans son système d'information géographique (SIG) et en les mettant gratuitement à disposition des communes et EPCI.

Par ailleurs, l'Agence Technique Départementale (ATD) développe pour ses adhérents son offre en administration électronique et information géographique numérique.

En termes d'information géographique, l'ATD a intégré depuis 4 ans les compétences lui permettant de disposer aujourd'hui d'un service dédié au profit des collectivités du département de la Dordogne : outils de visualisation (cadastre, matrice cadastrale, réseaux, documents d'urbanisme...) et diverses applications métiers.

Dans cette mesure, le Département a confié à l'ATD la tâche de redistribution des fichiers fonciers auprès de ses adhérents.

Avec l'entrée en vigueur du RGPD, il convient de reformaliser les rôles de chacun et de préciser les engagements que chacun doit respecter. Les présentes clauses ont pour objet de définir les conditions dans lesquelles le sous-traitant s'engage à effectuer pour le compte du responsable de traitement les opérations de traitement de données à caractère personnel définies ci-après.

Dans le cadre de leurs relations contractuelles, les parties s'engagent à respecter la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel, et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, "le règlement européen sur la protection des données").

Article 2. L'enjeu : Les objectifs de complémentarité et de convergence

Les services proposés par le Département présentent de nombreux avantages :

- Acquérir les fichiers fonciers auprès de la DGFIP puis les rediffuser aux collectivités territoriales en permettant à celles-ci de réaliser une économie et donc optimiser un bon usage de l'argent public,
- Eviter à chaque collectivité de démarcher la DGFIP, et faciliter la récupération des fichiers par le travail de filtrage réalisé par l'ATD, en réduisant le périmètre géographique des données fournies délimitées par les compétences et missions de celle-ci,
- Assurer un niveau de sécurité conforme au Règlement Général sur la Protection des Données concernant le respect des règles de déclaration des finalités de traitement et de durée de conservation des données dans le registre tenu par le Délégué à la Protection des Données de chaque entité,
- Assurer un niveau de sécurité conforme au Référentiel Général de Sécurité concernant les échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre autorités administratives (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) en garantissant la plateforme de transmission des fichiers,
- Faire bénéficier de la rapidité de mise en place des services grâce à la flexibilité des systèmes mis en œuvre par le Département et l'ATD,
- Garantir l'utilisation de solutions éprouvées et techniquement maîtrisées.

Article 3. Présentation des rôles et relations entre les acteurs

Le Conseil Départemental :

Le Conseil Départemental a financé la vectorisation du Plan Cadastral Informatisé (PCI), pour répondre aux exigences de la DGFIP et veille à son intégration dans la base de données nommée « BD Parcellaire » qui reste le socle référentiel de son système d'Information géographique en attendant la fourniture de la Représentation Parcellaire cadastrale unique (RPCU). En effet, l'Institut National de l'Information Géographique et forestière et la Direction générale des finances publiques (DGFiP) se sont entendus sur la constitution d'une base de données unique et commune, qui deviendra à terme, le référentiel unique au niveau national.

Il finance également l'acquisition de la base de données de la matrice cadastrale annuelle, dont la diffusion est confiée à l'ATD, en respectant les contraintes règlementaires définies jusqu'à présent dans la délibération CNIL n°2012-088 du 29 mars 2012 dispensant de déclaration les traitements automatisés de données personnelles mis en œuvre aux fins de consultation des données issues de la matrice cadastrale. Suite à l'entrée en application du RGPD, les dispenses adoptées par la CNIL n'ont plus de valeur juridique à compter du 25 mai 2018.

La durée du traitement prévue à la convention est annuelle.

Toutefois, dans l'attente de la production de référentiels RGPD, la CNIL a décidé de maintenir accessibles ces autorisations afin de permettre aux responsables de traitement d'orienter leurs premières actions de mise en conformité et de servir de bonnes pratiques.

C'est sur ces bases, que la présente convention a été rédigée.

L'ATD :

L'ATD est l'animateur départemental de la diffusion de l'information géographique, auprès des communes, des EPCI, et des syndicats, qui adhèrent à partir de sa plateforme Périgéo.

La diffusion des fichiers fonciers se fait par visualisation au travers de l'outil Périgéo après récupération dans les serveurs du conseil départemental et intégration dans Périgéo

Les données à caractère personnel traitées sont :

Les fichiers MAJIC livrés par la DGFiP sont constitués de 6 fichiers, fournis au format texte:

• le fichier des propriétaires, (permet de connaître les droits (propriétaire ou gestionnaire) de propriété à la fois sur les biens non bâtis (parcelles) et sur les biens bâtis (locaux) ; ce fichier regroupe des informations concernant le compte communal et la personne propriétaire

• le fichier des propriétés bâties (logements, annexes des logements, locaux d'activités),

• le fichier des propriétés non bâties (les parcelles cadastrales),

• le fichier Fantoir : fichier annuaire topographique initialisé réduit (fichier des adresses)

• le fichier des propriétés divisées en lots,

• le fichier de correspondance entre lots et locaux

Les catégories de personnes concernées sont :

- Les propriétaires privés/publics, personne physique ou morale
- Les co-propriétaires

Article 4. Les engagements

Le Département de la Dordogne, ci-après "le responsable de traitement" par cette présente convention confie à l'ATD, ci-après "le sous-traitant", la tâche de la diffusion des données cadastrales à ses adhérents dans le respect des règles suivantes :

4.1. Le responsable de traitement :

Lors de l'acquisition des fichiers fonciers, le Département signe un engagement en vue de la délivrance par la Direction générale des Finances publiques de données cadastrales à caractère personnel dans lequel sont précisés :

- Les finalités des traitements :

    1. Recherche de compte par propriétaire
    2. Sélection de parcelles par nature ou libre
    3. Recherche d'un propriétaire par numéro de parcelle
    4. Rétrocession aux collectivités locales.

- Les règles de protection des données à caractère personnel en veillant notamment

  - à mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir que, par défaut, seules les données à caractère personnel qui sont nécessaires au regard de chaque finalité spécifique du traitement seront traitées ;
  - à ne faire aucune copie des données, sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de ses fonctions ;
  - à ne divulguer ces données qu'aux personnes autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication,
  - à prendre toutes les mesures utiles pour garantir l'intégrité et la confidentialité de ces données, en s'assurant notamment que des tiers non autorisés n'y auront pas accès ;
  - à tenir un registre des activités de traitement effectuées sous sa responsabilité ;
  - à ne conserver les données que le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi. Les données devront être par la suite détruites, anonymisées ou archivées dans le respect des obligations légales applicables en matière de conservation des archives publiques ;
  - à respecter, en cas d'appel à un sous-traitant, les dispositions des articles 28 et suivants du RGPD ;
  - à informer dans le meilleur délai la direction régionale ou départementale des finances publiques de rattachement en cas de perte ou de vol des données cadastrales. Cette information n'exonère en rien le demandeur des notifications prévues à l'article 33 du RGPD ni de son éventuelle responsabilité.
  - à traiter les fichiers remis sur le territoire français. Cette disposition, qui s'inscrit dans le cadre des mesures de protection des données gérées par la direction générale des finances publiques, s'entend exclusivement du lieu de traitement des données.

- La diffusion des données cadastrales aux services déconcentrés de l'État et à ses établissements publics, aux collectivités locales et à leurs groupements ainsi qu'aux organismes privés ou public chargés d'une mission de service public. C'est dans ce cadre que le département confie la diffusion des données à l'ATD auprès de ses adhérents.

Obligation du responsable de traitement vis-à-vis du sous-traitant

Le responsable de traitement s'engage à :

- Fournir aux sous-traitants les données visées à l'article 2
- Veiller, au préalable et pendant toute la durée du traitement, au respect des obligations prévues par le règlement européen sur la protection des données de la part du sous-traitant
- Superviser le traitement, y compris réaliser les audits et les inspections auprès du sous-traitant

4.2. Le sous-traitant :

Le sous-traitant s'engage à adresser au préalable une copie de l'engagement signé entre le Département et la DGFIP à chaque bénéficiaire pour l'informer des présentes règles. Le sous-traitant peut alors diffuser

les données cadastrales à ses adhérents qui en deviennent bénéficiaires en consultant ces fichiers depuis l'application Périgéo. Cette rétrocession est strictement limitée au territoire et au ressort de compétences propres à chacun des bénéficiaires, par une gestion des droits effectuée par le sous-traitant dans l'application Périgéo, outil support de la diffusion.

Obligation du sous-traitant vis-à-vis du responsable de traitement

Le sous-traitant s'engage à :

- Traiter les données uniquement pour la seule finalité faisant l'objet de la convention
- Traiter les données conformément aux instructions documentées du responsable de traitement. Si le sous-traitant considère qu'une instruction constitue une violation du règlement européen sur la protection des données ou de toute autre disposition du droit de l'Union ou du droit des Etats membres relative à la protection des données, il en informe immédiatement le responsable de traitement.
- Si le sous-traitant est tenu de procéder à un transfert de données vers un pays tiers ou à une organisation internationale, en vertu du droit de l'Union ou du droit de l'Etat membre auquel il est soumis, il doit informer le responsable de traitement de cette obligation juridique avant le traitement, sauf si le droit concerné interdit une telle information pour des motifs importants d'intérêt public
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la présente convention
- Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel en vertu de la présente convention :
    - S'engagent à respecter la confidentialité ou soient soumises à une obligation légale appropriée de confidentialité
    - Reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel
- Prendre en compte, s'agissant de ses outils, produits, applications ou services, les principes de protection des données dès la conception et de protection des données par défaut
- Compte tenu des informations à disposition du sous-traitant, aider le responsable de traitement dans la réalisation d'analyse d'impact relative à la protection des données

Sous-traitance ultérieure

Le sous-traitant peut faire appel à un autre sous-traitant (ci-après, "le sous-traitant ultérieur") pour mener des activités de traitements spécifiques. Dans ce cas, il informe préalablement et par écrit le responsable de traitement de tout changement envisagé concernant l'ajout ou le remplacement d'autres sous-traitants. Cette information doit indiquer clairement les activités de traitement sous-traitées, l'identité et les coordonnées du sous-traitant ultérieur et les dates du contrat de sous-traitance ultérieure. Le responsable de traitement dispose d'un délai minimum d'un mois à compter de la date de réception de

cette information pour présenter ses objections. Cette sous-traitance ne peut être effectuée que si le responsable de traitement n'a pas émis d'objection pendant le délai convenu.

Le sous-traitant ultérieur est tenu de respecter les obligations de la présente convention pour le compte et selon les instructions du responsable de traitement. Il appartient au sous-traitant initial de s'assurer que le sous-traitant ultérieur présente les mêmes garanties suffisantes quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées de manière à ce que le traitement réponde aux exigences du règlement européen sur la protection des données. Si le sous-traitant ultérieur ne remplit pas ses obligations en matière de protection des données, le sous-traitant initial demeure pleinement responsable devant le responsable de traitement de l'exécution par l'autre sous-traitant de ses obligations.

Droit des personnes concernées

Il appartient au responsable de traitement de fournir l'information aux personnes concernées par les opérations de traitement au moment de la collecte des données.

Dans la mesure du possible, le sous-traitant doit aider le responsable de traitement à s'acquitter de son obligation de donner suite aux demandes d'exercice des droits des personnes concernées.

Si une personne concernée exerce auprès du sous-traitant des demandes d'exercice de leurs droits, le sous-traitant doit adresser ces demandes dès réception à la DGFIP.

Notification des violations de données à caractère personnel

Le sous-traitant notifie au responsable de traitement toute violation de données à caractère personnel dans un délai maximum de 72 heures après en avoir pris connaissance et par le moyen suivant d'un mail à la déléguée à la protection des données du Département protectiondesdonnees@dordogne.fr . Cette notification est accompagnée de toute documentation afin de permettre au responsable de traitement, si nécessaire, de notifier cette violation à l'autorité de contrôle compétente.

Mesures de sécurité

Le sous-traitant s'engage à mettre en œuvre les mesures de sécurité suivantes :

- Création de compte individuel pour chaque utilisateur avec identifiant et mot de passe personnel, après validation de la demande par le responsable légal des structures publiques adhérentes.
- Blocage de la fonction d'extraction de l'ensemble de la donnée majic
- Hébergement sur les serveurs d'un prestataire répondant à toutes les exigences de sécurité nécessaire
- Suivi des procédures de sécurité et de protection des données mises en place par le sous-traitant ultérieur

Sort des données

Au terme de la prestation de services relatifs au traitement de ces données, le sous-traitant s'engage à :

- Les données cadastrales sont conservées durant 3 ans. Elles sont archivées dans le serveur du sous-traitant sans mise à disposition des utilisateurs. Au bout des 3 ans, toutes les données à caractère personnel sont détruites.

Délégué à la protection des données

Le sous-traitant communique au responsable de traitement le nom et les coordonnées de son délégué à la protection des données.

Registre des catégories d'activités de traitement

Concernant l'utilisation des fichiers non anonymisés, l'ATD doit tenir un registre des catégories d'activités de traitements de données personnelles concernant la diffusion auprès des communes, EPCI et syndicats adhérents, dans le respect des règles du RGPD.

Documentation

Le sous-traitant met à la disposition du responsable de traitement la documentation nécessaire pour démontrer le respect de toutes ses obligations et pour permettre la réalisation d'audits, y compris des inspections, par le responsable de traitement ou un autre auditeur qu'il a mandaté, et contribuer à ces audits.

4.3. Les collectivités adhérentes à l'ATD

La collectivité, elle-même responsable de traitement des données dont elles sont destinataires, doit quant à elle tenir son registre des traitements correspondant à l'usage fait par celle-ci des fichiers fonciers.

Dans le cas où la collectivité procède également à la diffusion des fichiers fonciers non anonymisés auprès d'un prestataire ou d'un sous-traitant dans le cadre d'une étude spécifique, une copie de l'engagement doit également lui être adressé pour l'informer des présentes règles. Ce prestataire ou sous-traitant doit par ailleurs effectuer ses travaux dans le strict respect du RGPD.

Le prestataire devra supprimer les données à la fin de l'étude.

Fait le.....à Périgueux, en deux (2) exemplaires

Le Conseil Départemental de la Dordogne, Représenté par Germinal PEIRO En sa qualité de Président	**L'Agence Technique Départementale de la Dordogne** Représentée par Jean-Michel MAGNE En sa qualité de Président délégué

ENGAGEMENT
en vue de la délivrance par le Département de la Dordogne (CD24) de fichiers fonciers

CONTEXTE

Le Département de la Dordogne acquiert depuis les années 2000, auprès de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP), les fichiers fonciers de la matrice cadastrale. L'Agence Technique Départementale de la Dordogne (ATD24), pour le compte du Département de la Dordogne, retraite, et diffuse ces fichiers. Cette base peut être anonymisée ou non anonymisée.

Le département de la Dordogne signe chaque année un acte d'engagement auprès de la DGFiP qui fixe le cadre du retraitement des fichiers mis à disposition par la DGFiP et le cadre de diffusion de ces fichiers retraités. Cet acte d'engagement est ci-après dénommé « acte d'engagement CD24/DGFiP ». L'Agence Technique Départementale de la Dordogne est le sous-traitant du conseil départemental pour la mise à disposition des fichiers majics aux collectivités par le biais de l'outil SIG Web Périgéo.

OBJET

Utilisation des fichiers fonciers par :

Nom de l'organisme demandeur : .....
Adresse du demandeur : .....

ci-après dénommé « le demandeur », des données MAJIC III (fichiers fonciers littéraux) mises à disposition par le Conseil Départemental de la Dordogne par le biais de l'ATD.

Identité et adresse mail du délégué à la protection des données (DPD) de l'organisme du demandeur :
.....
.....

Les fichiers fonciers sont demandés sur la zone géographique : .....
.....

Si le demandeur est un syndicat intercommunal ou un syndicat mixte, fournir un document attestant les limites (code INSEE des communes membres) et les compétences du groupement en date de la demande.

FINALITÉ DES TRAITEMENTS

L'utilisation des fichiers fonciers par le demandeur ont pour seules finalités :

Consultation des données foncières de la DGFIP dans le SIG Périgéo sur la zone géographique définie

Les fichiers fonciers ne pourront être utilisés à d'autres fins.

Le Conseil Départemental de la Dordogne et l'ATD24 se réservent le droit de rejeter une demande pour laquelle la finalité des traitements est imprécise.

ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Le demandeur atteste avoir pris connaissance de l'acte d'engagement CD24/DGFiP.

Le demandeur s'engage à ne pas utiliser les fichiers fonciers à des fins autres que celles indiquée dans le présent document et à s'interdire notamment tout démarchage commercial, politique ou électoral.

Le demandeur s'engage à se conformer aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD) et à protéger la confidentialité des informatisations nominatives auxquelles il accède, et en particulier à empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

A ce titre, le demandeur veillera notamment :

- A mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir que, par défaut, seules les données à caractère personnel qui sont nécessaires au regard de chaque finalité spécifique du traitement seront traitées ;
- A ne faire aucune copie des données, sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de ses fonctions ;
- A ne divulguer ces données qu'aux personnes autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication
- A prendre toutes les mesures utiles pour garantir l'intégrité et la confidentialité de ces données, en s'assurant notamment que des tiers non autorisés n'y auront pas accès
- A tenir un registre des activités de traitement effectués sous sa responsabilité ;
- A ne conserver les données que le temps nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi. Les données devront être par la suite détruites, anonymisées ou archivées dans le respect des obligations légales applicables en matière de conservation des archives publiques ;
- A respecter, en cas d'appel à un sous-traitant, les dispositions des articles 28 et suivants du RGPD. Le demandeur doit veiller à ce que les informations communiquées ne soient ni dupliquées, ni conservées, ni utilisées par ce sous-traitant à d'autres fins que celles indiquées dans le présent document.
- A informer dans le meilleur délai le Conseil Départemental de la Dordogne en cas de perte ou de vol des données cadastrales. Cette information n'exonère en rien le demandeur des notifications prévues à l'article 33 du RGPD ni de son éventuelle responsabilité.

Les fichiers fonciers devront être traités sur le territoire français. Cette disposition, qui s'inscrit dans le cadre des mesures de protection des données gérées par la direction générale des finances publiques, s'entend exclusivement du lieu de traitement des données. Elle ne fait bien entendu pas obstacle à ce que le prestataire de services soit implanté dans un autre pays de l'Union européenne ou sur le territoire d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

DIFFUSION DES FICHIERS FONCIERS

Le demandeur peut rétrocéder les données des fichiers fonciers aux services déconcentrés de l'Etat et à ses établissements publics, aux collectivités locales et à leurs groupements ainsi qu'aux organismes privé ou public en chargés d'une mission de service public. Dans ce cas, le demandeur s'engage à adresser au préalable une copie de l'acte d'engagement CD24/DGFiP. Cette rétrocession est strictement limitée au territoire et au ressort de compétences propres à chacun des bénéficiaires.

La délivrance au public d'informations issues de la matrice cadastrale ne peut s'effectuer que dans les conditions fixées aux articles L.107A et R*.107 A-1 à R*.107 A-7 du Livre des procédures fiscales.

Conformément à l'article L. 127-10 du Code de l'environnement, une base géographique de référence consultable par le public ne peut inclure aucune information à caractère personnel autre que le découpage parcellaire et les adresses des parcelles.

LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

Le demandeur reconnait et accepte que les données cadastrales sont fournies en l'état, telles que détenues par l'ATD24 dans le cadre de ses missions, sans autre garantie, expresse ou tacite. L'ATD24 ne peut garantir au demandeur l'absence de défauts, et ne peut être tenue responsable de tout préjudice ou dommage de quelque sorte subi par le demandeur ou par des tiers de la réutilisation.

SANCTIONS ENCOURUES

Il est rappelé que la responsabilité pénale du demandeur et des utilisateurs travaillant avec les données communiquées peut être engagées, sur la base des articles 226-16 à 226-24 du Code pénal.

En outre, l'exercice d'actes qui relèvent uniquement de la direction générale des finances publiques peut être puni, conformément aux articles 433-12 et 433-13 du Code pénal.

En cas de non-respect des prescriptions de la présente prestation, la direction générale des finances publiques se réserve le droit, nonobstant toute suite judiciaire, de refuser toute nouvelle délivrance.

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

Nom du signataire (suivi de sa qualité)

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1938e14fcdb5-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.11
Valorisation des déchets informatiques.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.11

Valorisation des déchets informatiques.

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 valoriser, recycler et de rayer de l'inventaire départemental les matériels informatiques répertoriés, conformément à l'annexe jointe.

Ces matériels seront valorisés et recyclés par le Syndicat Départemental des Déchets de la Dordogne (SMD3).

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.IX.11 du 16 décembre 2019.

Numéro Inventaire	Numéro de série	Catégorie	Modèle	Numéro bien comptable
3732	CNMKB04290	Imprimante	Laserjet 1320 N	
3808	CNMXC61928	Imprimante	Laserjet 4100 N	
08-00783	CZC811144L	Ordinateur de bureau	HP XW4600 WORKSTATION	12638
08-00923	113763453188	Ecran	LC 17m	12931
08-01934	211742270006	Ordinateur de bureau	POWERMATE_VL280	13694
08-02065	114618403181	Ecran	LC 17m	13695
08-02068	114618393185	Ecran	LC 17m	13695
09-00856	101060683261	Ecran	LX 17m	13695
09-01198	CNCS309276	Imprimante	CP2025N	14836
09-02094	CZC94048QC	Ordinateur de bureau	COMPAQ dc7900	15251
09-02124	VNHT9D0GKX	Imprimante	Laserjet M 1522NF MFP	15254
09-02154	CNU9471TPB	Ordinateur portable	COMPAQ 6730b	
10-00020	CNCKB80337	Imprimante	laserJet P2055dn	15529
10-00046	114885013182	Ecran	LC 17m	13695
10-0250	03114289TB	Ecran	AS221WM	
10-0391	CZC0402YVF	Ordinateur de bureau	COMPAQ 6000 Pro MT	
11-0005	CNHS200642	Imprimante	CP2025N	15253
11014	NL7R083169	Imprimante	Laserjet 4050 TN	
12-0305	D4GV9S1	Ordinateur portable	Latitude E6520	18330
12-2171	9G7JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2174	HF5JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2182	9C5JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2705	GF7JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2738	8C5JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2751	9J7JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2755	3S5JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2757	CD7JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632
12-2860	6H7JH5J	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	19632

N° inventaire	N° série	Catégorie	Modèle	N° bien comptable
13-2088	G3Z75Z1	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	20410
13-2098	DZY75Z1	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	20410
13-2254	1ZY75Z1	Ordinateur de bureau	Optiplex 3010SF small	20410
13-2286	CN-09C3RG-12966-398-0262-A00	Station d'accueil	EURO1	20513
14918	CNMXC63387	Imprimante	Laserjet 4100 N	
15-0025	TSP1442A1014	Ecran	VA2246m	22055
16-0521	U99160100560	Ecran	VA2265	22892
16-0716	BWC3WB2	Ordinateur portable	Inspiron 15 3552	23035
16-0789	16-0789	Ordinateur de bureau	CLIC	
16-1952	U99160700475	Ecran	VA2265	23426
17-1530	B63H9QA000352	Ecran	Pro-line E2275PWJ	24661
17-1555	B63H9QA019780	Ecran	Pro-line E2275PWJ	24661
17655	CNM1B50134	Imprimante	Laserjet 1320	11411
17700	CNM1B50146	Imprimante	Laserjet 1320	11411
17762	111117023186	Ecran	LC 17m	11368
30361	CZC71001FP	Ordinateur de bureau	XW4400X	11234
30564	VNC3540781	Imprimante	Laserjet 1022	11919
31113	CNM1B50149	Imprimante	Laserjet 1320	11411
31219	CNCRN67386	Imprimante	Laserjet 1200	
31260	CZC71001G2	Ordinateur de bureau	XW4400X	11234
31424	VNC3N88805	Imprimante	Laserjet 1022	11919
31497	VNC3N76072	Imprimante	Laserjet 1022	11910
31508	CNHXS08439	Imprimante	Laserjet 4250 TN	12139
31557	113091173185	Ecran	LC 17m	11918
31573	113091143188	Ecran	LC 17m	11918
31610	62L7001203	Ecran	PM17TA	

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc1938d14fcdb4-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.12

Cession à titre gracieux de matériel informatique à l'Association OSTAL NUMERIQUE.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Pascal BOURDEAU	pouvoir à	Juliette NEVERS	Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE
Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.12

Cession à titre gracieux de matériel informatique à l'Association OSTAL NUMERIQUE.

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 rayer de l'inventaire départemental les matériels suivants :

Numéro Inventaire	Numéro de série	Modèle	Catégorie	Numéro bien comptable
03996	CNRW66V06H	Laserjet 1320 N	Imprimante	
09-01997	CZC9253Y0Y	COMPAQ dc5850	Ordinateur de bureau	
10-0366	CZC041FFKQ	COMPAQ 6000 Pro MT	Ordinateur de bureau	16235
16-0089	CZC60987QR	WORKSTATION Z240	Ordinateur de bureau	22879
12-2276	BVJWGV1	Latitude E6520	Ordinateur portable	18872
12-2273	YJWGV1	Latitude E6520	Ordinateur portable	18872
12-2272	GRJWGV1	Latitude E6520	Ordinateur portable	18872
30542	3HMVVC1	OPTIPLEX 745	Ordinateur de bureau	
13-2198	H65PSY1	Latitude E6530	Ordinateur portable	20408
12-2351	HMRVKV1	Latitude E6530	Ordinateur portable	19084
13-0107	8VKJ6X1	Optiplex 3010SF small	Ordinateur de bureau	19765

Numéro inventaire	Numéro de série	Modèle	Catégorie	Numéro bien comptable
13-2181	8ZY75Z1	Optiplex 3010SF small	Ordinateur de bureau	
13-2092	D0Z75Z1	Optiplex 3010SF small	Ordinateur de bureau	20410
13-2166	F9Z75Z1	Optiplex 3010SF small	Ordinateur de bureau	20410

DONNE SON ACCORD pour la cession à titre gracieux de ces équipements à l'Association OSTAL NUMERIQUE située à Saint-Aulaye-Puymangou (24410).

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

Jeannik NADAL

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939914fcdc7-DE	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.13

Cession à titre gracieux de matériel informatique à des collèges départementaux.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.13

Cession à titre gracieux de matériel informatique à des collèges 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,

DECIDE de rayer de l'inventaire départemental les matériels suivants :

N° inventaire	N° série	Modèle	Catégorie	Nouvelle affectation du matériel	N° biens comptables
12-0254	45J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18329
12-0255	24J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18329
12-0262	F4J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18329
12-0279	93J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18329
12-0286	83J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18329
12-2254	GWL8F5J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18871
12-2262	FYL8F5J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18871
12-2268	4ZL8F5J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Anne Frank - Périgueux	18871
12-0293	4K3V9S1	Latitude E6520	Ordinateurs portables	Collège Pierre Fanlac Belvès	18871
13-0712	83PVKX1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège Pierre Fanlac Belvès	20083
13-2222	BZ5PSY1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège Pierre Fanlac Belvès	20408
14-0112	67L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	21059

N° inventaire	N° série	Modèle	Catégorie	Nouvelle affectation du matériel	N° biens comptables
14-0128	F9L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	21059
14-0172	71L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	21059
14-0371	1XJ9422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	21331
14-0505	FVJ3422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	18330
14-0529	DTJ8422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	21331
15-0042	4PRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0252	3VRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0300	2HRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0304	FKRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0317	GLRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0333	6CRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0334	7VRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0363	CPRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22056
15-0391	HLQT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
15-0454	JV3V762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
15-0460	3RPT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
15-0464	2YPT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
15-0465	DK4V762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
15-0468	2S3V762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22154
16-0342	HM170D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
16-0357	HM310D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
16-0370	HM130D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
16-0379	HM340D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
16-0381	HM410D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893

N° inventaire	N° série	Modèle	Catégorie	Nouvelle affectation du matériel	N° biens comptables
16-0389	HLY40D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
16-0403	HLY70D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	22893
12-0270	F3J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	18329
12-2261	4YL8F5J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Pierre Fanlac Belvès	18871
14-0044	47RMT02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0133	D5L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0136	JTK7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0140	37L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0162	FTK7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0164	14L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0181	69L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0199	58L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0212	4HYBV02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21059
14-0496	8TJ8422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21331
14-0503	JVJ9422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21331
14-0507	5YJ9422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	21331
15-0262	9SRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	22056
15-0295	7TRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	22056
15-0451	FBQT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège J. Moulin Coulounieix Chamiers	22154
13-0711	H2PVKX1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège G & M Bousquet Eymet	20083
14-0185	7JYBV02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	21059
14-0186	6DYBV02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	21059
15-0395	4KQT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	22154
16-0356	HLW10D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	22893

N° inventaire	N° série	Modèle	Catégorie	Nouvelle affectation du matériel	N° biens comptables
16-0369	HLWZZC2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	22893
16-0384	HM100D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	22893
16-0483	HM330D2	OPTIPLEX 3040	Ordinateurs de bureau	Collège G & M Bousquet Eymet	22893
13-0715	F3PVKX1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège Max Bramerie La Force	20083
14-0132	H1L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	21059
14-0191	B9L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	21059
14-0378	BVJ9422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	21331
15-0044	1MRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22056
15-0303	8PRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22056
15-0320	5QRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22056
15-0328	CSRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22056
15-0337	GNRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22056
15-0383	4NPT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22154
15-0452	2PPT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22154
15-0472	GGPT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22154
15-0537	C4YFZ72	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Max Bramerie La Force	22511
14-0201	97L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège Leroi Gourhan Le Bugue	21059
12-0280	D4J095J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège Leroi Gourhan Le Bugue	18329
12-0290	GG3V9S1	Latitude E6520	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	18330
12-0296	8B3V9S1	Latitude E6520	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	18330
12-2361	JQYC7W1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	
13-0713	14PVKX1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	20083
13-2200	4W8PSY1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	20408
13-2204	FM5PSY1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	20408

N° inventaire	N° série	Modèle	Catégorie	Nouvelle affectation du matériel	N° biens comptables
13-2212	JZ5PSY1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	20408
13-2225	7F5PSY1	Latitude E6530	Ordinateurs portables	Collège La Boetie Sarlat	20408
12-2869	FR5JH5J	Optiplex 3010SF small	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	19632
14-0129	78L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	21059
14-0195	D9L7V02	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	21059
14-0374	6ZJ9422	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	21331
15-0310	9QRTD52	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	22056
15-0394	81QT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	22056
15-0474	78QT762	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	22056
15-0549	CQV9Z72	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	22511
16-0286	5FS28C2	OPTIPLEX 3020	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	
12-2299	JXL8F5J	Optiplex790MT	Ordinateurs de bureau	Collège La Boetie Sarlat	18871

DONNE SON ACCORD pour la cession à titre gracieux de ces équipements aux collèges départementaux précités.

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

Jeannik NADAL

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1938a14fcdb0-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.14

SEMITOUR-PERIGORD.

Tarifs 2020 des sites culturels de la Grotte du Grand Roc et du Gisement préhistorique de Laugerie Basse, des Châteaux de Biron et Bourdeilles et du Cloître de Cadouin.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 25
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 6 Administrateurs de la SEMITOUR-PERIGORD
Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.14

SEMITOUR-PERIGORD.
Tarifs 2020 des sites culturels de la Grotte du Grand Roc et du Gisement préhistorique de Laugerie Basse, des Châteaux de Biron et Bourdeilles et du Cloître de Cadouin.

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.IX.16 du 19 décembre 2016,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.IX.11 du 18 décembre 2017,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 17.CP.IX.12 du 18 décembre 2017,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE la grille tarifaire, ci-annexée, proposée par la SEMITOUR-PERIGORD fixant les tarifs applicables pour les sites culturels de la Grotte du Grand Roc et du Gisement préhistorique de Laugerie Basse, des Châteaux de Biron et de Bourdeilles et du Cloître de Cadouin pour l'année 2020.

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.IX.14 du 16 décembre 2019.

TARIFS 2020 - Sites culturels Semitour

TARIFS INDIVIDUELS

	Grotte du Grand Roc	Abris de Laugerie Basse	JUMELÉ COMBINED Grotte du Grand Roc Abris de Laugerie Basse	Château de Biron	Cloître de Cadouin	JUMELÉ COMBINED Château de Biron Cloître de Cadouin	
Adulte (à partir de 13 ans)	8,10 €	8,60 €	11,70 €	8,80 €	7,20 €	12,50 €	8,80 €
Enfant (de 5 à 12 ans)	5,60 €	6,10 €	7,50 €	5,90 €	4,40 €	8 €	5,90 €
Jeune enfant (- de 5 ans)	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Carte privilège	20 €	20 €		22 €	17 €	30 €	22 €
Ateliers participatifs		4 €		4 €*	4 €		4 €

**sauf Frappe de monnaie à 2€*

TARIFS GROUPES

	Grotte du Grand Roc	Abris de Laugerie Basse	JUMELÉ COMBINED Grotte du Grand Roc Abris de Laugerie Basse	Château de Biron	Cloître de Cadouin	JUMELÉ COMBINED Château de Biron Cloître de Cadouin	
Adultes à partir de 13 ans	6,40 €	5,70 €	8,60 €	7,10 €	6,40 €	10,50 €	7,10 €
Enfants jusqu'à 12 ans	3,70 €	3,60 €	5,90 €	3,60 €	3,50 €	6,20 €	3,60 €
Tour opérateur	5,70 €	5,20 €	8,20 €	6,20 €	5 €	8,70 €	6,20 €

Groupes : *A partir de 20 personnes et sur réservation*

Gratuités : *1 accompagnateur pour 10 élèves (groupes scolaires) ; 1 chauffeur et 1 accompagnateur (groupes adultes)*

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1938814fcdaf-DE	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.15

SEMITOUR-PERIGORD.
Tarifs 2020 des sites départementaux touristiques et sportifs de Rouffiac et Saint-Estèphe.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 25
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 6 Administrateurs de la SEMITOUR-PERIGORD
Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.15

SEMITOUR-PERIGORD.
Tarifs 2020 des sites départementaux touristiques et sportifs
de Rouffiac et Saint-Estèphe.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 14.CP.II.10 du 17 mars 2014,

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 grille tarifaire ci-annexée, proposée par la SEMITOUR-PERIGORD pour l'année 2020. Ces tarifs sont applicables sur les sites départementaux touristiques et sportifs de Rouffiac et Saint-Estèphe (Lot 1) à compter du 1er janvier 2020.

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.IX.15 du 16 décembre 2019.

Semitour
TRANSMETTRE & VALORISER L'EXCEPTION
Tourisme • Patrimoine • Culture

TARIFS CAMPINGS 2020

FLOWER CAMPING DE ROUFFIAC

Tarifs par nuit en euros	01/05-04/07 29/08-30/09	04/07-11/07	11/07-25/07	25/07-15/08	15/08-22/08	22/08-29/08
	7 = 6					
Forfait Confort (1)	15	21	22	24	22	21
Pers. suppl. 7 ans et +	3	4	5,50	5,50	5,50	4
Enfant suppl. 3-6 ans	2,50	3	3,50	3,50	3,50	3
Enfant suppl. - 3 ans	gratuit	gratuit	gratuit	gratuit	gratuit	gratuit
Animal	3	3	3	3	3	3

(1) Forfait 2 pers. / 1 voiture / 1 tente, caravane ou camping-car avec électricité

CAMPING DE SAINT-ESTEPHE

		01/06 au 15/09/2020
SAINT-ESTÈPHE	Emplacement avec électricité	8.70
	Adulte	3.90
	Enfant 5/12 ans	2.00
	Animal	1.30

APPARTEMENTS DE SAINT-ESTEPHE

		du 01/01 au 06/06/2020 du 12/09/2020 au 01/01/2021						du 06/06 au 11/07/2020 du 29/08 au 12/09/2020						du 11/07 au 25/07/2020 du 15/08 au 29/08/2020						Du 25/07 au 15/08/2020					
Saint-Estèphe		2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7
Studio 2 pers	2	77	105	135	164	191	**200 €**	79	111	142	173	202	**210 €**	93	133	171	207	242	**240 €**	105	150	193	333	272	**280 €**
Studio 2/4	2/4	77	111	142	173	202	**210 €**	81	116	150	181	212	**220 €**	97	139	178	216	252	**250 €**	109	155	200	242	282	**290 €**
Duplex 2/4	2/4	109	155	200	242	282	**290 €**	113	161	107	251	292	**300 €**	132	189	243	294	343	**340 €**	148	211	272	329	383	**390 €**
Duplex 4/6	4/6	120	172	221	268	312	**320 €**	124	178	229	277	322	**330 €**	152	217	279	337	393	**390 €**	168	239	310	372	433	**440 €**
Tente Lodge	5	116	167	214	259	302	**310 €**	116	167	214	259	302	**310 €**	144	206	265	320	373	**380 €**	156	223	286	346	303	**410 €**

Semitour
TRANSMETTRE & VALORISER L'EXCEPTION
Tourisme · Patrimoine · Culture

Tarifs 2020 Rouffiac
Chalets / Mobile homes

Tarifs par nuit en euros	Gamme	01/04-27/06 29/08-30/09	27/06-04/07	04/07-11/07	11/07-25/07	25/07-01/08	01/08-15/08	15/08-22/08	22/08-29/08
		2 nuits minimum* Jour d'arrivée libre		Location à la semaine (7 nuits) Jours d'arrivée/départ : samedi/samedi					
		7 = 5							
Mobil-home Source 2 ch - 1 sdb - 25 m²-4/6		**53**	**71**	**80**	**86**	**90**	**93**	**86**	**80**
Mobil-home Gabare 2 ch - 2 sdb -37 m² 4/6	Premium	**55**	**73**	**82**	**88**	**92**	**95**	**88**	**82**
Chalet Détente 29m2 (2 ch. - 1 sdb-4/6 pers.)		50	68	76	81	86	89	81	76
Chalet Palace 35m2 (2 ch. -2 sdb- 4/6 pers.)		53	71	80	86	90	93	86	80
Ch. Lac - PMR 2CH - 2 sd2		56	75	87	91	96	103	91	87
Chalet Nature 41m2 (3 ch. - 2sdb-6/8 pers.)	Premium	58	79	89	95	100	105	95	89
Chalet Escalade 47m2 (3 ch. - 3sdb 6/8 pers.)	Premium	64	82	95	101	107	109	101	95
Mobil Home Aventure 38m2 (3 ch. -2sdb - 6/8 pers.)		56	75	87	97	96	103	91	87
Mobil Home Aqua (3 ch. -2 sdb -43 m² 6/8 pers.)	Premium	64	82	95	101	107	109	101	95

Tarifs par semaine en euros	Gamme	01/04-27/06 29/08-30/09	27/06-04/07	04/07-11/07	11/07-25/07	25/07-01/08	01/08-15/08	15/08-22/08	22/08-29/08
		2 nuits minimum* Jour d'arrivée libre		Location à la semaine (7 nuits) Jours d'arrivée/départ : samedi/samedi					
		7 = 5							
Mobil-home Source 2 ch - 1 sdb - 25 m²-4/6		**265**	**355**	**560**	**602**	**630**	**651**	**602**	**560**
Mobil-home Gabare 2 ch - 2 sdb -37 m² 4/6	premium	**275**	**365**	**574**	**616**	**644**	**665**	**616**	**574**
Chalet Détente 29m2 (2 ch. - 4/6 pers.)		250	340	532	567	602	623	567	532
Chalet Palace 35m2 (2 ch. - 4/6 pers.)		265	355	560	602	630	651	602	560
Ch. Lac - PMR		252	341	529	566	603	625	566	529
Chalet Nature 41m2 (3 ch. - 6/8 pers.)	Premium	290	395	623	665	700	735	665	623
Chalet Escalade 47m2 (3 ch. - 6/8 pers.)	Premium	320	410	665	707	749	763	707	665
Mobil Home Aventure 38m2 (3 ch. - 6/8 pers.)		280	375	609	637	672	721	637	609
Mobil Home Aqua (3 ch. -2 sdb -43 m² 6/8 pers.)	Premium	**320**	**410**	**665**	**707**	**749**	**763**	**707**	**665**

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc193a114fcdce-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.16

Avenant n° 8 à la convention de Délégation de Service Public du 6 mars 2015 pour l'exploitation du Centre International de l'Art pariétal (CIAP) LE THOT conclue avec la SEMITOUR-PERIGORD.
Modification du périmètre exploité par la SEMITOUR au Parc animalier du THOT.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Pour : 25
Contre : 0
Abstention(s) : 0
Non-participation(s) : 6 Administrateurs de la SEMITOUR-PERIGORD
Excusé(s) sans pouvoir : 0

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.16

Avenant n° 8 à la convention de Délégation de Service Public du 6 mars 2015 pour l'exploitation du Centre International de l'Art Pariétal (CIAP) LE THOT conclue avec la SEMITOUR-PERIGORD.
Modification du périmètre exploité par la SEMITOUR au Parc animalier du THOT.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 14.CP.X.27 du 24 novembre 2014,

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'avenant n° 8 à la convention de Délégation de Service Public (DSP) par affermage du 6 mars 2015 intervenue avec la SEMITOUR-PERIGORD et relatif à la modification du périmètre exploité au Parc animalier du THOT, 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.IX.16 du 16 décembre 2019.

LASCAUX IV, Centre International de l'Art Pariétal
et
Centre d'interprétation et Parc animalier du THOT

AVENANT N° 8 A LA CONVENTION DE DELEGATION DE SERVICE PUBLIC
PAR AFFERMAGE INTERVENUE LE 6 MARS 2015 AVEC LA SEMITOUR-PERIGORD

ENTRE

Le Département de la Dordogne sis 2, Rue Paul Louis Courier - CS11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex, (SIRET n° 222 400 012 00019), représenté par M. Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental en exercice, dûment habilité à signer et exécuter en vertu d'une délibération de la Commission Permanente n° 19.CP.IX. en date du 16 décembre 2019,

Ci-après dénommé « Le Département »,

ET

La SEMITOUR-PERIGORD, Société d'Economie Mixte au capital de 2.096.000 €, dont le siège social est situé 25, Rue Wilson - BP 10021 - 24001 PERIGUEUX Cedex, immatriculée au registre du Commerce et des Sociétés de PERIGUEUX sous le numéro B41513640700194, représentée par son Directeur Général, M. André BARBÉ,

Ci-après dénommée « La SEMITOUR-PERIGORD ».

Le Département a, par délibération de la Commission Permanente n° 14.CP.X.27 du 24 novembre 2014, approuvé les termes du contrat d'affermage relatif à l'exploitation du Centre International de l'Art Pariétal (CIAP) et du Centre d'interprétation et Parc animalier du THOT.

Dans le cadre de la sécurisation du site du « Parc du Thot », la SEMITOUR et le Département se sont accordés pour que de nouvelles clôtures soient posées sur le périmètre délégué dans le cadre de la concession.
Afin d'effectuer ces travaux de pose de clôture et dans le cadre de la protection du parc des loups, il est nécessaire de disposer d'une distance suffisante entre l'enclos des loups et la limite de propriété, ce que ne permet pas le périmètre actuel.
C'est pourquoi il a été négocié, avec le Château de Losse, propriétaire d'une parcelle attenante au parc à loups, de procéder à un échange de parcelle avec celle du Département.

Dès lors, le Département se porte acquéreur par échange, de la parcelle D520p et cède au Château de Losse, la parcelle cadastrée D 521p.

La signature de cet échange pourrait intervenir en fin d'année ou au début 2020.

Ceci étant exposé, il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er – PRECISIONS APPORTEES A L'ARTICLE 5 « PERIMETRE DES SITES CONCERNES PAR LA DELEGATION »

L'alinéa 1 de l'article 5 prévoit que « le périmètre des sites concernés par la délégation de gestion et d'exploitation du service public est délimité sur les plans joints qui feront l'objet d'une annexe spécifique ». Il est ajouté que « cette annexe sera complétée du plan annexé à l'avenant n° 8 ».

Le reste demeure inchangé.

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET

Le présent avenant prend effet à compter de l'acquisition de la parcelle D520p.

ARTICLE 3 – DISPOSITIONS INCHANGEES

Les présentes valent avenant à la convention de Délégation de Service Public (DSP) par affermage intervenue en date du 6 mars 2015, les stipulations de la convention sont modifiées dans les limites prévues à l'avenant, le reste demeurant inchangé.

Fait à PERIGUEUX
Le
En un exemplaire original et des copies,

Pour le Département de la DORDOGNE,

Pour la SEMITOUR-PERIGORD,

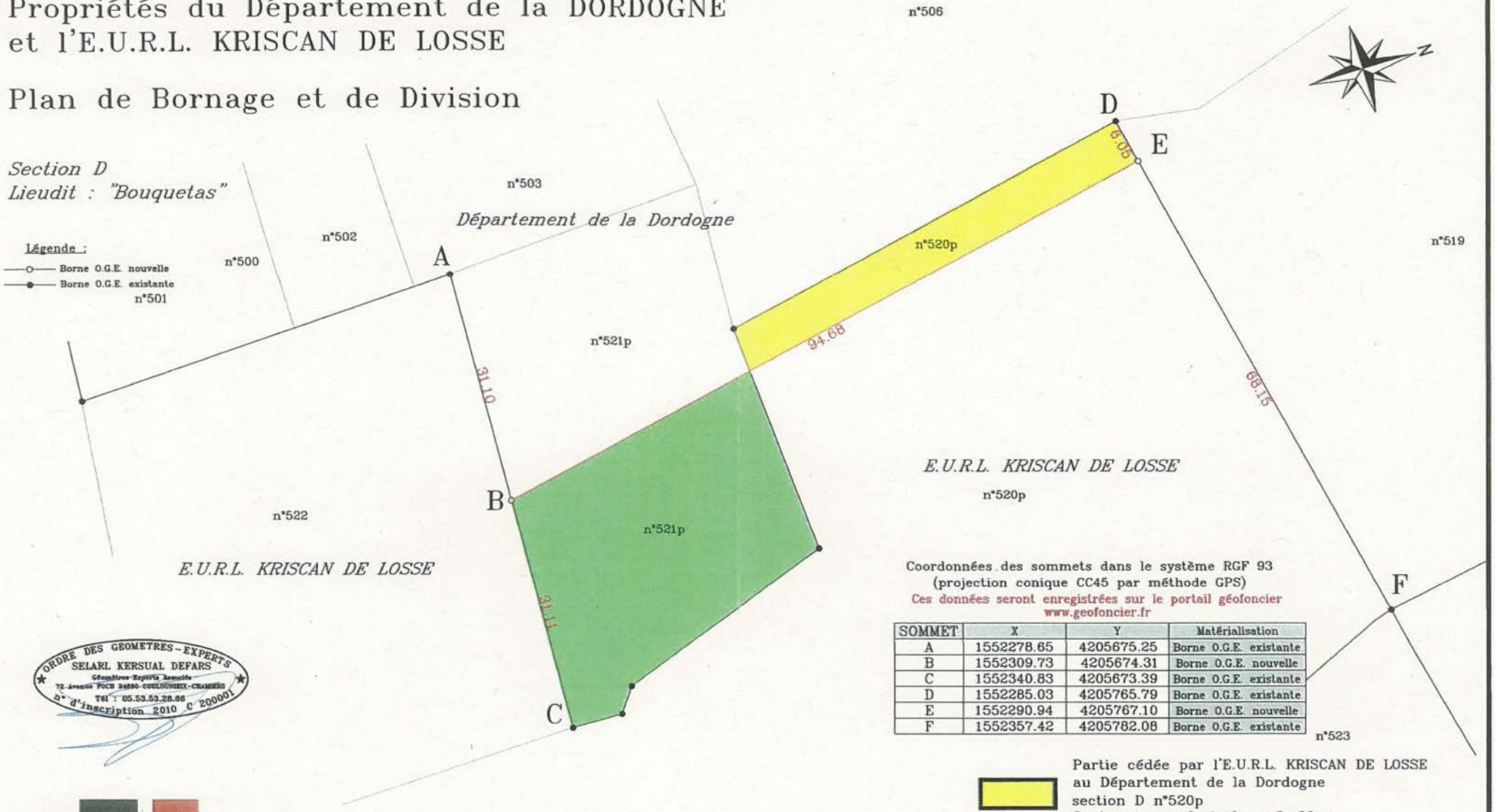
Département de la DORDOGNE
Commune de THONAC

Références : 1902 18
9137

Propriétés du Département de la DORDOGNE et l'E.U.R.L. KRISCAN DE LOSSE

Plan de Bornage et de Division

Section D
Lieudit : "Bouquetas"



Coordonnées des sommets dans le système RGF 93
(projection conique CC45 par méthode GPS)
Ces données seront enregistrées sur le portail géofoncier
www.geofoncier.fr

SOMMET	X	Y	Matérialisation
A	1552278.65	4205675.25	Borne O.G.E. existante
B	1552309.73	4205674.31	Borne O.G.E. nouvelle
C	1552340.83	4205673.39	Borne O.G.E. existante
D	1552285.03	4205765.79	Borne O.G.E. existante
E	1552290.94	4205767.10	Borne O.G.E. nouvelle
F	1552357.42	4205782.08	Borne O.G.E. existante

ORDRE DES GEOMETRES-EXPERTS
SELARL KERSUAL DEFARS
Géomètres Experts Associés
72 Avenue FOCH 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERS
Tel : 05.53.53.28.66
n° d'inscription 2010 C 200001

Partie cédée par l'E.U.R.L. KRISCAN DE LOSSE
au Département de la Dordogne
section D n°520p
Contenance cadastrale = 3a.33ca.

Partie cédée par le Département de la Dordogne
à l'E.U.R.L. KRISCAN DE LOSSE
section D n°521p
Contenance cadastrale = 10a.58ca.

Echelle : 1/500

GÉOMÈTRE-EXPERT
CONSEILLER VALORISER GARANTIR

Dressé le 30/03/2019 par la SELARL KERSUAL DEFARS
Géomètres Experts Foncier Associés
72, Avenue M. FOCH 24660 COULOUNIEIX-CHAMIERS
Tel : 05 53 53 28 66 Fax : 05 53 53 40 90
e-mail : bruno.kersual@wanadoo.fr

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc1937714fcda7-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.17

Fédération Unie des Auberges de Jeunesse (FUAJ).
Tarifs 2020 - Auberge de Jeunesse de Cadouin.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jeannik NADAL

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.17

Fédération Unie des Auberges de Jeunesse (FUAJ).
Tarifs 2020 - Auberge de Jeunesse de Cadouin.

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° 18.CP.IX.17 du 17 décembre 2018,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE la grille tarifaire ci-annexée, proposée par la Fédération Unie des Auberges de Jeunesse (FUAJ) qui sera applicable pour l'année 2020 sur le site de l'Auberge de Jeunesse de Cadouin.

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.IX.17 du 16 décembre 2019.

Auberge de Jeunesse HI Cadouin - Grille tarifaire 2020

Tarifs Hébergements (prix par personne et par nuit)												
	Fev	Mars	Avril	mai	Juin	01-14 Juin	15-juil	15-août	16-31 août	Septembre	Octobre	Novembre
Chambre Double, côté Cloître: Salle de bain dans la chambre, toilettes sur le palier	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	21,30 €	21,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €
Chambre familiale (3 lits) avec salle de bain, toilettes sur le palier	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	21,30 €	21,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €
Chambre à partager (5,6 ou 10 lits): salle de bain et toilettes privatives	17,30 €	17,30 €	17,30 €	17,30 €	17,30 €	17,30 €	20,30 €	20,30 €	17,30 €	17,30 €	17,30 €	17,30 €
Chambre single: salle de bain dans la chambre, toilettes sur le palier	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,;30	21,30 €	21,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €	20,30 €
Réductions	moins de 3 ans= gratuit de 4 à 8 ans= 40 % sur la nuitée de 9 à 12 ans= 20 % sur la nuitée											

Promotion à 17€ pour les individuels toutes chambres	du 14 février au 01 mars et du 16 octobre au 01 novembre

Tarifs Restauration	
Petit-déjeuner	4,90 €
Déjeuner pique-nique	9,00 €
Dîner	12,60 €
Repas régional	22,50 €
Repas enfant	moins de 5 ans= 6,50 €/ de 5 à 10 ans= 9 €

Tarifs salle de réunion	
Salle de classe	mise à disposition gratuitement au groupe logeant sur place
Réfectoire des moines	150,00 €

Grille horaires	
Ouverture Auberge	1er février au 30 novembre
Horaires d'ouverture de l'auberge	Auberge accessible 24h/24h 7jours/7

Cartes d'adhésion obligatoires pour pouvoir séjourner en Auberge de Jeunesse:	
Carte d'adhésion groupe	50,00 €
Carte d'adhésion individuelle -26 ans	7,00 €
Carte d'adhésion individuelle +26 ans	11,00 €
Carte d'adhésion Famille (au moins 1 parent avec 1 enfant de -16 ans)	20,00 €
Carte HI Bienvenue pour les individuels étrangers	11,00 €

Partenaire Fuaj Pas de carte d'adhésion	Féderation française des associations des chemins de ST Jacques de Compostelle/Fédération Française de cyclisme (FFC)/Fédération Française de cyclotourisme (FFCT)/ Fédération Française de randonnée pédestre (FFRP)/Les amis de la nature /Porteur du livret avantage MAIF

Suite à la saison 2019, nous avons remarqué que le tarif en chambre single était un peu élevé. Nous avons donc décidé d'essayer de le baisser de 0,80 centimes.

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939a14fcdc8-DE	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.18

Convention de partenariat entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département de la Dordogne pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers des jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.18

Convention de partenariat entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département de la Dordogne pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers des jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

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 de partenariat ci-annexée, entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département de la Dordogne pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers des jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

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



L'Assurance Maladie DORDOGNE

Dordogne PÉRIGORD

CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de la DORDOGNE
50, rue Claude BERNARD - 24000 PERIGUEUX

Représentée par sa Directrice, **Madame Catherine PETRASZKO**

D'une part,

ET

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL de la DORDOGNE
2 rue Paul Louis COURIER - 24000 PERIGUEUX

Représenté par son Président, **Monsieur Germinal PEIRO**

D'autre part,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT

PREAMBULE

La loi n° 99.641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle stipule à l'article 7 du titre 1er, chapitre 1:

" Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1 et 4° de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.
Les enfants pris en charge par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité ".
L'article 17 du Chapitre III de la loi du 27/07/1999 précise : « les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général du présent chapitre (Article L. 380-4) ».

Dans un souci commun de lutte contre les exclusions et pour garantir les droits à l'Assurance Maladie et l'accès aux soins des populations vulnérables, la présente convention vise à établir une relation privilégiée entre les partenaires signataires, la CPAM de la Dordogne et le Conseil Départemental de la Dordogne, au profit des bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du département.

Elle s'inscrit dans le cadre de la simplification des démarches et de l'accès à l'information pour améliorer le service rendu à ces publics.

Article 1- Objet de la convention

La convention définit les modalités de la collaboration entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Conseil Départemental pour faciliter l'instruction et le suivi des dossiers à des jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Article 2 - Désignation des personnes ressources

Les parties s'engagent à désigner respectivement des personnes ressources représentant chaque organisme (CPAM et Conseil Départemental) et à tenir à jour la liste de ces interlocuteurs dédiés.

Les personnes désignées entretiennent des contacts réguliers afin de garantir l'application de la convention, la rapidité et la simplicité de la démarche.

Article 3 - Collaboration pour la gestion des droits à la CMUC des bénéficiaires de l'ASE

L'engagement des deux partenaires vise à assurer l'octroi des droits de base et des droits complémentaires (CMUC) aux enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance sur la base de modalités partagées.

La CPAM s'engage à :

- Instruire les dossiers d'affiliation et de renouvellement reçus complets dans un délai de 14 jours calendaires maximum,
- Instruire les dossiers de sortie du dispositif ASE reçus complets dans un délai de 72 heures,
- Instruire les dossiers urgents dans un délai de 48H00 (nécessité d'accès aux soins immédiate) via une adresse mail dédiée,
- Informer les personnes ressources identifiées au sein du Conseil Départemental des dispositions réglementaires et de leurs évolutions.

Le Conseil Départemental s'engage à :

- Fournir les demandes d'affiliation à titre personnel ainsi qu'un formulaire de demande de la CMUC/ACS, les attestations annuelles de maintien de prise en charge et les attestations de sortie du dispositif ASE dûment complétées des renseignements et justificatifs nécessaires à la gestion des droits ~~(cf. annexe 7),~~
- Transmettre ces documents à la CPAM dans les délais impartis,
- Transmettre le R.I.B. du Conseil Départemental pour la création des dossiers,
- Identifier et authentifier tous les éléments transmis (signature et cachet).

Article 4 - Collaboration pour l'accès à l'offre numérique Ameli.fr »

La CPAM s'engage à :

- réaliser des séances de démonstration des fonctionnalités du site « mon compte AMELI » auprès des référents sociaux, des structures d'accueil et des jeunes selon les besoins,
- favoriser l'ouverture des comptes assurés des jeunes et transmettre les mots de passe provisoires.

Le Conseil Départemental s'engage à :

- favoriser la transmission les coordonnées de contact (adresse e-mail, téléphone fixe, téléphone mobile).

La CPAM et le Conseil Départemental s'engagent à définir ensemble les modalités de création du compte Ameli pour les enfants bénéficiaires de l'ASE.

Article 5 - Collaboration pour assurer l'accès à l'Examen de Prévention en Santé :

La CPAM s'engage à :

- Proposer un Examen de Prévention en Santé (EPS) aux enfants et jeunes éloignés du système de santé et bénéficiant du dispositif ASE,
- Transmettre les résultats au jeune majeur, au représentant légal du jeune mineur, au médecin traitant après accord du bénéficiaire de l'EPS ou au médecin du Centre de Santé du Conseil Départemental ou au médecin de la P.A.S.S. (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital de Périgueux,
- Orienter vers le système de santé en tant que de besoin dans le cadre du parcours de soins coordonné et en lien avec le médecin traitant.

Le Conseil Départemental s'engage à :

- Recueillir l'autorisation parentale d'accès à l'EPS si nécessaire,
- Accompagner les structures d'accueil dans la prise de rendez-vous et l'accès au Centre d'Examen de Santé

Article 6 - L'offre d'éducation à la santé

La CPAM s'engage à mettre son offre d'éducation à la santé à la disposition des enfants bénéficiaires de l'ASE, notamment

- M'T Dents
- Bilan de santé
- Vaccinations (consultants majeurs)
- Sevrage tabagique (prise en charge des substituts nicotiniques)
- SOPHIA asthme et diabète
- Contraception pour les mineurs

L'Assurance Maladie DORDOGNE

Dordogne PÉRIGORD dordogne.fr

Article 7 - Collaboration pour assurer l'information des structures d'accueil et des Jeunes

La CPAM s'engage à :

- Informer les jeunes et ou les structures d'accueil (familles, établissements d'hébergement...) des démarches relatives à leurs droits, au cours de séances collectives (présentation du parcours attentionné CMUC/ACS, de l'offre « ameli.fr », du bilan de santé et des actions de prévention....).

Le Conseil Départemental s'engage à :

- Assurer l'organisation logistique des actions collectives programmées tant auprès des jeunes que des familles d'accueil et des établissements d'hébergement.

Article 8 - Déontologie et confidentialité

Les personnes ressources sont tenues au secret professionnel concernant la conservation et le traitement des dossiers nominatifs en leur possession.

Les parties veillent au respect des dispositions définies par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique et aux libertés. Elles s'engagent à mettre en œuvre la politique de sécurité du système d'information et les dispositifs qui y sont associés.

Article 9 - Modalités de suivi et évaluation de la collaboration des parties

Les parties s'engagent à se réunir au moins une fois par an et selon les besoins pour améliorer ces échanges et/ou traiter de sujets particuliers.

Ces bilans seront communiqués à la direction de chaque organisme.

Les **indicateurs d'évaluation** seront les suivants :

- Taux d'enfants confiés, âgés d'au moins 16 ans, avec un médecin traitant déclaré,
- Taux de traitement des dossiers reçus complets sous 14 jours calendaires maximum (hors envoi des résultats de l'EPS),
- Taux de dossiers « urgents » (lié à un besoin immédiat d'accès aux soins) traités dans un délai de 48H00 maximum après réception,
- Taux de dossiers de fin de prise en charge ASE initiaux reçus complets sur nombre de dossiers de fin de prise en charge ASE transmis, sur un échantillon d'à minima 1 mois.

Les **indicateurs de suivis** seront les suivants :

- Taux de jeunes confiés ayant un compte « Ameli » ouvert,
- Nombre de jeunes enregistrés « N'habitant Plus à l'Adresse Indiquée » à la suite d'une fin de prise en charge par l'ASE,
- Délai de traitement entre la date d'entrée du jeune dans le dispositif et sa régularisation.

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1931214fcd89-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.19

Centre Départemental de Santé : demande de financement européen au titre du Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural (FEADER).

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.19

Centre Départemental de Santé : demande de financement européen
au titre du Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural (FEADER).

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° 18-07 du 15 janvier 2018 relative à l'adoption du Schéma Départemental d'Accès aux Soins de Proximité de la Dordogne,

VU la délibération du Conseil départemental de la Dordogne n° 18-220 du 26 juin 2018 relative à l'adoption du Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) et de ses Axes prioritaires n° 1 « Un socle de service pour tous » et n° 3 « Une offre de soin »,

VU l'arrêté en date du 17 juillet 2018 portant adoption du Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 (PRS) et l'article 2.1.1 du Schéma Régional de Santé 2018-2023 (SRS) relatif à garantir un accès équitable aux soins primaires,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 18.CP.VIII.88 du 12 novembre 2018,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le nouveau Plan de financement lié à l'aménagement du Centre Départemental de Santé visé supra :

Centre départemental de santé d'Excideuil							
Actualisation plan de financement Centre départemental de Santé							
Dépenses		ASSIETTE FEADER (centre départemental de santé)		FEADER (centre départemental de santé)	taux	Hors FEADER (CMS)	total
	TOTAL DEPENSES			310 495 €	100%	164 054 €	474 549 €
Nature de dépenses	**Montant HT**		Cofinanceurs				
			ARS	37 500 €	12%	0 €	37 500 €
construction bâtiment	383 000 €	248 950 €	CD24 (autofinancement)	108 433 €	108 433 €	165 640 €	274 073 €
abords	46 450 €	23 225 €	Europe	164 562 €	53%	0 €	164 562 €
ingénierie	23 900 €	15 535 €					
matériel informatique	5 348 €	5 348 €					
matériel et mobilier	17 437 €	17 437 €					
total des dépenses	**476 135 €**	**310 495 €**	**Total**	**310 495 €**	**100%**	**165 640 €**	**476 135 €**

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à déposer la demande de financement européen modificative au titre du Fonds Européen Agricole de DEveloppement Rural (FEADER) pour la partie des dépenses qui relèvent exclusivement du Centre Départemental comprenant l'aménagement des espaces pour un total de dépenses de 310.495 € et une demande de FEADER d'un montant de 164.562 €.

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

Jeannik NADAL

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc193a714fcecc-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.20

Fonds Social Européen 2014-2020.
Gestion de la subvention globale : lancement de l'appel à projets pour la programmation 2020.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.20

Fonds Social Européen 2014-2020.
Gestion de la subvention globale : lancement de l'appel à projets
pour la programmation 2020.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU les règlements de l'Union Européenne :

- n° 1303/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 portant dispositions communes relatives au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion, au Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la pêche, portant dispositions générales applicables au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion, au Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la pêche,
- n° 1304/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au Fond Social Européen, et abrogeant le règlement (CE) n° 1081/20066 du Conseil,
- n° 240/20014 de la Commission du 7 janvier 2014 relatif au Code de conduite européen sur le partenariat dans le cadre des Fonds Structurels et d'investissement européens,
- n° 480/2014 de la Commission du 3 mars 2014 complétant le règlement (UE) n°1303/2013 portant dispositions générales applicables au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la Pêche,

VU le programme opérationnel du Fonds Social Européen approuvé par la Commission européenne le 10 octobre 2014,

VU l'article 78 de la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles relatif aux délégations de gestion de crédits des programmes opérationnels,

VU la circulaire du Premier ministre n° 5650/SG du 19 avril 2013 relative à la gestion des Fonds Européens fixant à 32,5 % la part de l'enveloppe nationale de crédits FSE déléguée aux départements,

VU la circulaire DGEFP n° 301 du 10 juin 2013 relative à l'architecture de gestion du FSE et à la préparation de la période de programmation 2014-2020,

VU l'accord-cadre national entre l'Etat et l'Assemblée des Départements de France signé le 5 août 2014 pour la mobilisation du FSE en faveur de l'Inclusion sociale et de la Lutte contre la pauvreté,

VU le courrier du Préfet de la région Aquitaine en date du 22 juillet 2014 portant à connaissance des crédits FSE Inclusion pour 2014-2020,

VU la délibération n° 13.CP.VIII.41 de la Commission Permanente du 9 septembre 2013 adoptant le Pacte Territorial pour l'Insertion 2015-2018 et la délibération de la Commission Permanente du 29 juin adoptant son avenant n° 1 portant sur les nouvelles instances de coordination en matière d'insertion et de coordination dans le cadre du FSE,

VU la circulaire DATAR n° 57090 du 4 juin 2013 et son annexe « Note d'Orientation » n° 2013-001 relatives à la gestion des Fonds Européens pour la période 2014-2020,

VU la circulaire DGEFP n° +301 du 10 juin 2013 relative à l'architecture de gestion du FSE et à la préparation de la période de programmation 2014-2020 et son point portant sur les modalités de gouvernance s'agissant des principaux acteurs de l'insertion,

VU l'accord-cadre national entre l'Etat et l'Assemblée des Départements de France signé le 5 août 2014 pour la mobilisation du FSE en faveur de l'Inclusion sociale et de la Lutte contre la pauvreté,

VU la délibération du Conseil général n° 14-338 du 21 novembre 2014 actant l'engagement du Département pour la gestion d'une subvention globale FSE,

VU le courrier du Préfet de Région en date du 11 décembre 2014 portant notification des crédits FSE Inclusion confiés sous la forme d'une subvention globale au Conseil départemental de la Dordogne,

VU la délibération n° 17.CP.VII.24 de la Commission Permanente du 16 octobre 2017 actant l'engagement du Département de la Dordogne pour le renouvellement de la gestion d'une subvention globale FSE pour la période 2018/2020,

VU la délibération n° 15.CP.I.36 de la Commission Permanente du 9 février 2015 portant sur la création d'une instance de programmation FSE, son règlement intérieur et sa composition,

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

VU la délibération n° 15.CP.VIII.20 de la Commission Permanente du 7 septembre 2015 adoptant la nouvelle dénomination de l'Instance départementale de sélection et de programmation FSE, modifiant sa composition et son règlement intérieur et actant les missions confiées au Département,

VU la délibération n° 16.CP.IX.21 du 19 décembre 2016 de la Commission Permanente modifiant le règlement intérieur du Comité départemental de programmation,

VU la délibération n° 17.CP.VII.24 de la Commission Permanente du 16 octobre 2017 actant le renouvellement de la subvention globale FSE pour la période 2018-2020,

VU les avis favorables du Comité régional de programmation en date du 30 avril 2015 et du 2 février 2018 et la notification de la convention par l'Autorité de gestion déléguée en date du 12 juillet 2018,

VU la délibération n° 13.CP.VIII.41 de la Commission Permanente du 9 septembre 2013 adoptant le Pacte Territorial pour l'Insertion 2015-2018 et la délibération de la Commission Permanente du 29 juin 2015 adoptant son avenant n° 1 portant sur les nouvelles instances de coordination en matière d'insertion,

VU l'avenant n° 1 à la Convention de subvention globale notifier par l'Autorité de gestion déléguée le 24 octobre 2018 et signé le 24 octobre 2018,

VU la délibération n° 18-77 du 9 février 2018 validant l'appel à projets FSE pour l'année 2018 et les délibérations n° 18.CP.IX.25 du 17 décembre 2018 et n° 19.CP.IV.19 du 17 juin validant les appels à projets FSE 2019,

VU le règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

VALIDE le contenu de l'appel à projets FSE (Fonds Social Européen) pour l'année 2020 portant sur l'Axe 3 relatif au volet Inclusion dans le cadre de la subvention globale FSE.

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

Joannik NADAL



Annexe à la délibération n° 19.CP.IX.20 du 16 décembre 2019.

UNION EUROPEENNE

APPEL A PROJETS 2020

Au titre du

Fonds Social Européen 2014-2020

Axe prioritaire 3
« Lutter contre la pauvreté et promouvoir l'inclusion »

Objectif thématique 9
«Promouvoir l'inclusion sociale et lutter contre la pauvreté et toute forme de discrimination »

Priorité d'investissement 9.1
«L'inclusion active y compris en vue de promouvoir l'égalité des chances, la participation active et une meilleure aptitude à l'emploi »

Pour tout renseignement sur le présent appel à projet FSE 2020, vous pouvez contacter :

➢ **Le Service des Politiques Territoriales et Européennes – Bureau des Politiques Européennes et Internationales – cellule FSE**
Marion JOUDOU
Chargée de mission FSE
m.joudou@dordogne.fr
05 53 02 48 05

➢ **La Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention du Département de la Dordogne**
Direction du Pôle RSA-Lutte contre l'Exclusion
Maryline FLAMMENT-FABBRI
Chef de bureau Emploi/IAE/FSE/FDI
m.flamment-fabbri@dordogne.fr
05 53 02 28 24

Sommaire

I - CADRE D'INTERVENTION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE 4

I.I - Contexte 4

I.2 - Positionnement du Département dans le cadre du FSE 5

2 - CADRE DE L'APPEL A PROJETS FSE INCLUSION EN DORDOGNE pour 2016 6

2. I - Cadres stratégiques et réglementaires 6

2.2 - Soutien du FSE en Dordogne 7

3 - MODALITES DE L'APPEL A PROJETS FSE 2016 7

3. I - Dispositions communes à tous les projets 7

3. I.I - Durée des projets 7

3. I.2 - Procédure 7

3. I.3 - Mobilisation du cofinancement FSE 8

3. I.4 - Etablissement des critères de sélection 8

3. I.5 - Principes horizontaux 10

3.2 - Dispositifs soutenus 10

3.2. I - Dispositif n°6 : 10

Mise en œuvre des parcours d'accès à l'emploi des publics
Très éloignés de l'emploi

4 - LES OBLIGATIONS INCOMBANT AUX ORGANISMES BENEFICIAIRES 12

4. I - Respect des principes et règles de bonne gestion des aides publiques 12

4.2 - Respect des principes liés au financement par le FSE 12

4.2.1 - La publicité et l'information au sens des règlements 12

4.2.2 - Recours aux outils de forfaitisation des coûts 13

4.2.3 - Recueil de données participants 13

4.2.4 - Suivi des indicateurs 14

4.2.5 - Modalité de gestion et suivi administratif du dossier FSE 15

4.2.6 - Collecte des justificatifs et archivage du dossier FSE 16

I - CADRE D'INTERVENTION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

I.I - Contexte

Conséquences de la crise financière et économique de 2008, la Dordogne a connu une hausse du chômage, du niveau de pauvreté et du nombre de bénéficiaires des minima-sociaux.

Néanmoins, après avoir culminé à plus de 11 % à la mi 2015 (7 % au début de la crise économique) et à l'instar des niveaux national et régional, le taux de chômage sur le département recule désormais lentement pour toucher 8,6 % de la population active (2ième trimestre 2019). Ce taux se situe malgré tout au-dessus de celui de la France métropolitaine (8,2 %) et de la Nouvelle Aquitaine (7,8 %).[1]

Au 31 décembre 2017 la Dordogne totalisait 145 712 emplois, soit un peu plus de 6 % de l'emploi en Nouvelle-Aquitaine. Parmi eux 17 % étaient des emplois non-salariés. [2]

Par secteur d'activité, le secteur tertiaire (marchand et non marchand) prédominait, constituant 74 % des emplois sur le Département. L'industrie quant à elle représentait 12 % des emplois, la construction 8 % et l'agriculture 6 %.

Avec la crise économique et le passage du Revenu Minimum d'Insertion au Revenu de Solidarité Active, le nombre de bénéficiaires payés mensuellement par le Conseil départemental a quant à lui cru de plus de 85 % de mai 2009 à décembre 2018.

Sur le département au 31 décembre 2018, on comptabilisait ainsi 10 270 foyers avec un RSA versable ; cette prestation couvrant à cette date près de 20 200 personnes (adultes + enfants à charge). [3]

Parmi les bénéficiaires de l'allocation 74 % étaient sans travail et 26 % connaissaient une situation de pauvreté laborieuse ; c'est-à-dire touchaient à la fois du RSA et de la Prime d'activité.

En outre, 71 % étaient âgés de 31 à 60 ans et la très grande majorité vivaient seuls (55 %) ou en situation de monoparentalité (31 %).

La Dordogne est aujourd'hui un département particulièrement concernée par les situations de pauvreté. A ce titre, la part de la population dont le revenu disponible est inférieur au seuil de 60% du niveau de vie médian en France métropolitaine est élevée. Selon l'INSEE, 16,5 % de la population départementale serait concernée, soit un taux de pauvreté bien au-dessus du niveau national ou régional (14,7 % en France métropolitaine / 13,7 % en Nouvelle Aquitaine).

Des zones géographiques au sein du département sont plus particulièrement touchées à l'image, dans le sud, de la communauté d'agglomérations Bergeracoise (16,8 %) ou dans le nord et le nord-est au sein de territoires fortement ruraux où le taux de pauvreté dépasse les 17 voire 18 % (Communautés de communes d'Isle Lou Auvezère, du Périgord Nontronnais ou du Périgord Limousin par exemples).

---

[1] Source(s) : Insee. Estimations de taux de chômage localisé.

[2] Source(s) : Insee. Chiffres détaillées localisés parus le 24/04/2019.

[3] Source(s) : Données CD/CAF/MSA. Données trimestrielles consolidées.

D'une manière générale, en Dordogne une part importante de la population dispose de revenus modestes. Le niveau de vie médian départementale, 19 280 €/an, se situe d'ailleurs bien en deçà de la médiane des revenus disponibles en France métropolitaine, 20 809 €/an.[4]

I.2 – Positionnement du Département de la Dordogne dans le cadre de la gestion du FSE

Dans le cadre de la nouvelle programmation des fonds européens pour la période 2014-2020, une nouvelle architecture de gestion a été adoptée positionnant les Régions en autorité de gestion pour le FEDER et le FEADER.

Concernant le Fonds Social Européen (FSE), régi par les règlements (CE) n°1303/2013 et 1304/2013, il est le principal levier financier de l'Union Européenne en matière de promotion de l'Emploi et de l'Inclusion Sociale. Les grandes lignes d'intervention de ce fond sont précisées dans le Programme Opérationnel National téléchargeable sur le site du Conseil départemental et approuvé par la commission européenne le 10 octobre 2014.

Pour la période 2014/2020 le FSE connaît une nouvelle architecture de gestion. En effet, les Régions deviennent autorité de gestion pour la mise en œuvre des actions relevant de la formation à hauteur de 35 % de l'enveloppe nationale du FSE et l'Etat conserve quant à lui la gestion du FSE pour la mise en œuvre des actions en matière d'emploi et d'inclusion pour 65 % de l'enveloppe nationale du FSE dont la moitié est exclusivement fléchée sur le volet inclusion.

Le Président de la République a pris l'engagement le 22 octobre 2012 de déléguer aux Départements la gestion des crédits du Fonds Social Européen Inclusion dédiés à l'accompagnement des publics en insertion professionnelle, engagement acté par circulaire administrative le 19 avril 2013 et conforté par l'accord cadre national signé entre l'ADF et l'Etat le 4 août 2014.

La loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles et le décret d'application n°2014-580 du 3 juin 2014 relatif à la gestion des fonds européens pour la période 2014-2020 donne la possibilité aux Départements de solliciter la gestion d'une subvention globale.

Pour cette nouvelle programmation, la part de l'enveloppe nationale du FSE qui peut être attribuée aux Départements est en forte augmentation, sous réserve d'élargir leur périmètre d'intervention (types de publics).

Par délibération en date du 16 octobre 2017, le Département de la Dordogne s'est positionné sur la gestion d'une enveloppe globale FSE pour la nouvelle période de programmation 2018-2020 sur périmètre élargi dans le cadre de l'axe 3 « Lutter contre la pauvreté et promouvoir l'inclusion » Objectif thématique 9 «Promouvoir l'inclusion sociale et lutter contre la pauvreté et toute forme de discrimination », priorité d'investissement 3.9.1 « Inclusion active y compris en vue de promouvoir l'égalité des chances, la participation active et une meilleure aptitude à l'emploi ».

En date du 11 décembre 2014, le Préfet de la Région Aquitaine a notifié les enveloppes financières pour l'ensemble des organismes intermédiaires en Aquitaine. Il a été arrêté pour le département de la Dordogne – déduction faite de la réserve de performance – une enveloppe de FSE – Volet Inclusion pour un montant total de 8 272 428 € pour la période de programmation 2014-2020 avec un premier conventionnement portant sur la période 2015-2017 et représentant 60 % de l'enveloppe départementale (3 772 883 € de crédits FSE) et un second conventionnement de 40 % portant sur la période 2018-2020, enveloppe conditionnée à la bonne mise en œuvre de la première subvention globale.

En date du 12 juillet 2018, la nouvelle subvention globale FSE couvrant la période 2018/2020 a été signée et rendue exécutoire. Ainsi, le Conseil départemental bénéficie d'une enveloppe FSE Inclusion de 2 515 256 €.

[4] Source(s) : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2016.

2 - CADRE DE L'APPEL A PROJETS FSE INCLUSION EN DORDOGNE

2. I – Cadres stratégiques et réglementaires

Le Fonds Social Européen (FSE) vise à « améliorer les possibilités d'emploi, à renforcer l'inclusion sociale, à lutter contre la pauvreté, à promouvoir l'éducation, l'acquisition de compétences et l'apprentissage tout au long de la vie et à élaborer des politiques d'inclusion active » (cf. considération (2) du Règlement (UE) n°1304/2013 du 17 décembre 2013 relatif au FSE).

Le PO national FSE Emploi-Inclusion 2014-2020 a été validé par la Commission européenne, le 10 octobre 2014. Sa mise en œuvre s'articule autour de 3 axes stratégiques :

1. Accompagner vers l'emploi les demandeurs d'emploi et les inactifs, soutenir les mobilités professionnelles et développer l'entreprenariat ;
2. Anticiper les mutations et sécuriser les parcours professionnels ;
3. Lutter contre la pauvreté et promouvoir l'inclusion.

Les deux premiers axes relèvent du FSE Emploi et le troisième du FSE Inclusion. 65 % de l'enveloppe financière du FSE attribuée à la France sont consacrés à parts égales aux volets emploi et inclusion, soit 32,5 % pour le FSE Inclusion.

L'inclusion sociale et professionnelle relève des missions des Départements à qui, la Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés locales, a confié la compétence en matière d'action sociale. La compétence des Départements a été renforcée par la Loi n°2008-1249 du 1er décembre 2008 qui leur a délégué la mise en œuvre du revenu de solidarité active (RSA) et le rôle chef de filât en matière d'insertion.

A ce titre, les Départements ont pour mission :

➢ **La mise en place d'un Programme Départemental d'Insertion (PDI)** (article L263-1 du code de l'action sociale et des familles – CASF). Il définit la politique départementale d'accompagnement social et professionnel, recense les besoins d'insertion, l'offre départementale et locale d'insertion et planifie les actions d'insertion correspondantes.

➢ **La conclusion d'un Pacte Territorial pour l'Insertion (PTI)** avec les acteurs et parties intéressées (article L263-2 du code de l'action sociale et des familles – CASF). Il prévoit les modalités de coordination des dispositifs et actions entrepris par différents acteurs afin de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA et minima sociaux.

La politique départementale d'insertion trouve ainsi ses fondements en Dordogne au sein du programme d'insertion (PDI). Elle trouve également son illustration à travers la première génération du Pacte Territorial pour l'insertion qui a fait l'objet d'un avenant pour sa mise en œuvre jusqu'en 2018. Pour rappel, la mise en œuvre du PTI a été progressive et la réalisation des différentes opérations priorisées a été possible dans le cadre d'un partenariat renforcé avec la Région, Pôle Emploi et la DIRECCTE. Le travail conduit s'est notamment concentré sur le volet formation et emploi ainsi que sur la coordination des dispositifs avec la CAF et la MSA. Des groupes de travail se sont réunis au rythme d'une rencontre trimestrielle environ animés par le Conseil Départemental. Cette démarche a ensuite été déclinée sur les territoires pour articuler plus finement les dispositifs.

Dans ce cadre, le Conseil départemental a mis en place une instance de coordination : le Comité de Coordination d'Orientation et d'Information (CCOI). Il se réunit sous l'autorité du Conseil départemental et il a pour finalité d'informer les partenaires du territoire, de coordonner leurs interventions et de traiter les situations individuelles des bénéficiaires engagés dans un parcours d'insertion.
Les objectifs de ce dispositif sont clairs :

- Améliorer l'efficacité des dispositifs par la connaissance, l'information partagée, la coordination et le développement du partenariat ;
- Améliorer l'articulation et la coordination des actions et des parcours des publics.

Le CCOI se réunit tous les mois, depuis 2015, sur le territoire de l'Unité territoriale de Bergerac avec l'ensemble des partenaires qui sont prescripteurs des dispositifs d'accompagnement et d'insertion du territoire. Sur le même principe, des comités locaux sur l'Accompagnement Global de Pôle Emploi ont été instaurés sur chaque UT avec PE, le Conseil Départemental et d'autres prescripteurs sur ce dispositif d'accompagnement.

2.2 – Soutien du FSE en Dordogne

Le Règlement (UE) n° 1303/2013 du 17 décembre 2013 spécifie notamment que les Fonds structurels et d'investissement apportent « un soutien, en complément des interventions nationales, régionales et locales à la réalisation de la stratégie de l'Union européenne pour une croissance intelligente, durable et inclusive ».

Dans le cadre du présent appel à projets le dispositif activé est :

- Objectifs spécifique 1 : « Augmenter le nombre de parcours intégrés dans une approche globale de la personne (prise en compte des freins sociaux et mise en activité des publics très éloignés de l'emploi »

3 - MODALITES DE L'APPEL A PROJETS FSE INCLUSION EN DORDOGNE

3.1 – Dispositions communes à tous les projets

3.1.1 - Durée des projets

- Durée maximale des projets fixée à 12 mois;
- *Toutefois, sous certaines conditions fixées par l'Autorité de Gestion Déléguée (AGD) et par voie d'avenant, certaines opérations pourront être prolongées au-delà du 31 décembre 2020 ;*
- Date de prise en compte des dépenses éligibles : à compter du 1er janvier 2020
- Opération non achevée au moment du dépôt de la demande.

3.1.2 – Procédure

➢ Procédure
Les candidatures seront déposées sur ma démarche FSE - programmation 2014-2020 :
https://ma-demarche-fse.fr/demat/.

Au préalable, et avant tout dépôt de dossier sur MDFSE, les porteurs de projets sont encouragés à contacter les services du Département (Direction du Pôle RSA – service d'Appui et d'Ingénierie FSE/FDI et Bureau des Politiques Européennes et Internationales du Service des Politiques Territoriales et Européennes).

Les différents documents et informations relatifs aux étapes du parcours, aux procédures de paiement et toutes autres pièces nécessaires sont disponibles sur ma démarche FSE et sur le site du CD 24 (www.dordogne.fr).

➢ Délais

- **Le dépôt des dossiers doit se faire au plus tard le 28 février 2020.**

3.1.3 Mobilisation de cofinancement FSE :

Le FSE devra arriver en cofinancement de sources diverses : contreparties apportées par le Département, autres financeurs publics, financeurs privés, fonds propres de l'organisme.
Toutes les contreparties doivent être spécifiquement dédiées à l'action et doivent faire l'objet d'une délibération ou d'une attestation au plus tard avant le dépôt du bilan de l'opération et a minima d'une lettre d'intention des financeurs sollicités au moment du dépôt du dossier.

Pour les opérations pour lesquelles le Conseil départemental apporte une contribution, la contrepartie départementale fera l'objet d'un conventionnement spécifique au titre de ses interventions départementales en matière de politique départementale d'insertion après passage en Commission permanente.

Le taux d'intervention moyen du FSE est fixé à 50 % et pourra être modulé selon la nature des projets et le plan de financement prévisionnel présenté.
En tant que gestionnaire de la subvention globale FSE, l'attribution du FSE fera l'objet d'un conventionnement spécifique FSE après validation du Comité Départemental de Programmation. La subvention FSE ne sera attribuée qu'après attribution effective (paiement) des autres cofinanceurs.

Les opérations devront atteindre un coût total éligible **au moins égal à 35.000 € De plus, la demande devra être égale ou supérieur à 15 000 € de crédits FSE.**
En de ça, seuls les projets présentés en « zone blanche » c'est-à-dire située dans des zones pour lesquelles il n'y a pas d'action d'insertion » ou les projets présentant un caractère tout à fait expérimental seront examinés. Toutefois, les services instructeurs après validation du Comité Départemental de Programmation s'interrogeront sur l'opportunité d'une aide financière FSE d'un faible montant, après une analyse en termes de coûts/avantages, compte tenu des charges significatives de gestion de dossier et de suivi de l'opération.

En outre, une attention particulière sera portée sur les opérateurs ayant déjà bénéficiés de financement FSE au regard des contrôles de service fait effectués sur les opérations précédentes ainsi que sur le suivi des indicateurs. Ce sera un préalable à l'instruction du dossier.

3.1.4 - Etablissement de critères de sélection

➢ Les critères de sélection

L'objectif étant l'accès à l'emploi à court, moyen ou long terme et les crédits FSE gérés par le Département étant limités, certains critères de sélection sont mis en place avec un système de points permettant de sélectionner et prioriser des actions.

Un scoring est établi : note minimale de 12/16 afin que les projets soient sélectionnés. Au-delà de 12, les résultats obtenus permettront de prioriser les projets entre eux notamment dans le cadre de la fin de programmation et de l'optimisation des crédits FSE.

1. Critères relatifs à la stratégie (4 points):

⇨ Couverture du territoire d'intervention :
Une attention particulière sera portée aux territoires fragiles ruraux, ou urbains pour les projets portés dans les quartiers prioritaires au titre de la politique de la ville.

⇨ Cohérence avec les enjeux et priorités du Programme Opérationnel National FSE ;

⇨ Intégration et cohérence avec les stratégies territoriales et niveau d'implication des partenaires locaux.

⇨ Caractère innovant des actions :

- innovation sociale dans le montage et l'élaboration de l'opération (groupement de structures, etc.)

- types d'activités supportées (nouvelles technologies, etc.).

2. Critères relatifs au financement de l'opération (4 points):
⇨ Plus-value apportée par l'utilisateur des fonds communautaires ;

⇨ Caractère réaliste du plan de financement (sur la base de bilans, comptes de résultats ou de gestion certifiés N-1 et N-2) ;

⇨ Capacité du porteur de projet à respecter les conditions de suivi et d'exécution de l'opération telles que prescrites par les textes communautaires et nationaux applicables ;

⇨ Capacité financière du porteur de projet : préfinancement.

3. Critères relatifs à la réalisation de l'opération (6 points):
⇨ Eligibilité des publics :
Toute personne en situation ou menacée de pauvreté, en âge d'intégrer le marché du travail et confrontée à des difficultés de nature à compromettre fortement les possibilités d'un retour à l'emploi. Bénéficiaires de minima sociaux, demandeurs d'emploi (inscrits ou non à Pôle Emploi) très éloignés de l'emploi, personnes en situation de grande précarité et en grande difficulté d'accès à l'emploi (ex : personnes handicapées, jeunes de moins de 25 ans, séniors, etc...)

⇨ Ciblage des publics : une plus-value sera apportée aux projets dont le public cible visé sera majoritairement des BRSA (+ de 60 %) pouvant être qualifiés de chômeurs selon la définition européenne (définition en annexe)[5],

Une attention particulière sera portée sur les opérations présentées sur les territoires couverts par les PLIE de Périgueux et du Haut-Périgord pour lesquelles il est demandé un public cible orienté principalement vers les bénéficiaires du RSA,

⇨ Adéquation entre les moyens humains et techniques mobilisés et la réalisation du projet et les résultats attendus ;

⇨ Qualité du projet d'insertion et de la méthodologie d'intervention dans le domaine de l'accompagnement des publics cibles (qualité des intervenants, modalités de recrutement, accompagnement et suivi des participants, durée maximale du parcours en accompagnement) ;

⇨ Connaissance des acteurs et des dispositifs d'insertion professionnelle mobilisables ;

⇨ Pertinence et cohérence en termes d'objectifs de taux de sorties positives attendues.

4. Critères relatifs au public accompagné (2 points) :
⇨ Vigilance sur le nombre de public accompagné : bonification de points mis en place pour les opérations qui permettent d'accompagner entre 50 et 100 personnes.

[5] Annexe3 sur le suivi des indicateurs et des cibles

3.1.5 – Principes horizontaux :

Le porteur de projet devra démontrer avec un **argumentaire à l'appui** la prise en compte partielle ou totale des principes horizontaux :

- Egalité entre les femmes et les hommes
- Egalité des chances et non-discrimination
- Développement durable (uniquement le volet environnemental)

3.2 – Dispositifs soutenus dans le cadre de l'appel à projets

3.2. I - Dispositif n°6 :

Mise en œuvre des parcours d'accès à l'emploi
Des publics très éloignés de l'emploi

(Codification : 3.9.I.I)

Objectifs stratégiques :

Les interventions du FSE inclusion, au titre de l'Objectif spécifique 1 : « *Augmenter le nombre de parcours intégrés dans une approche globale de la personne (prise en compte des freins sociaux et mise en activité des publics très éloignés de l'emploi* » soutiendront principalement les actions facilitant l'accès ou le retour à l'emploi des publics rencontrant des difficultés d'insertion professionnelle par :

⇒ La mise en œuvre des parcours intégrés et/ou renforcés mettant en œuvre une, plusieurs ou l'intégralité des étapes constitutives du parcours vers l'emploi, tels qu'identifiés dans l'avenant 1 au PTI :

Etape 1 : Levée des freins sociaux à l'emploi

Accompagnement individualisé en réponse à une nécessité de remobilisation individuelle mais aussi collective : acquisition de compétences de base, aide à la mobilité, garde d'enfants, santé, logement, etc...

Etape 2 : Levée des freins professionnels à l'emploi

Accompagnement socioprofessionnel / formations et actions spécifiques et adaptées (individuelles ou collectives) en réponse à une nécessité de continuité et de dynamisation du parcours / Mise en situation professionnelle (période d'immersion, de stage, d'évaluation en milieu de travail, tutorat) / Travail en structure d'insertion par l'activité économique avec un accompagnement socioprofessionnel spécifique, etc...

Etape 3 : Accès à l'emploi et maintien en emploi

Parcours d'accompagnement à l'emploi, définition du projet professionnel à l'embauche sur un contrat durable (mise en situation de travail, formation, Techniques de Recherche d'Emploi, actions d'insertion jusqu'au suivi dans l'emploi.), etc...

Types d'actions éligibles :

Actions de mise en œuvre de l'accompagnement renforcé des personnes en insertion
Actions de mise en œuvre de certaines étapes constitutives du parcours vers l'emploi
Levée des freins sociaux à l'emploi
Actions de remobilisation et/ou d'accompagnement spécifique,
Levée des freins professionnels à l'emploi (mise en situation professionnelle, travail dans SIAE, etc...)
Actions d'accompagnement socioprofessionnel

Structures éligibles :

Toutes les structures intervenant au titre de l'inclusion sociale, de l'insertion et de l'accompagnement dont le projet d'action présente une additionnalité au regard des dispositifs de droit commun y compris le Conseil départemental de la Dordogne.

Pour les territoires couverts par le PLIE de Périgueux et du Haut-Périgord une attention particulière sera portée aux opérateurs intervenant pour le compte des PLIE afin d'éviter toute source de double financement. Une mention spéciale devra apparaître dans les lettres d'engagement, lettres d'intention et attestation des co financeurs précisant que les fonds octroyés en contrepartie dans le cadre de cet appel à projet ne sont pas gagés au titre du FSE.

Les structures porteuses des PLIE du Haut-Périgord et de Périgueux ne sont pas éligibles à cet appel à projet car bénéficiaires par ailleurs de crédits FSE au titre de l'axe 3 Inclusion. Sont également exclus les opérateurs du service public de l'emploi ou les structures qui n'interviennent pas pour les publics cibles identifiés dans le présent appel à projet ou déjà financées pour les mêmes types d'actions du PON FSE.

Pour le territoire du PLIE Sud Périgord, les autorités locales ayant décidé d'être rattachées au périmètre de gestion de la subvention globale du Conseil Départemental de la Dordogne, le FSE pourra financer directement les structures porteuses du PLIE (Espace Economie Emploi de Bergerac et de Lalinde et Maison De l'Emploi) dès lors qu'elles portent directement les opérations d'accompagnement.

Pour les autres structures du territoire mentionné supra et travaillant sur le secteur du PLIE Sud Périgord, les offres reçues et émanant d'organismes tiers seront sélectionnées en co-validation avec les instances du PLIE qui sont par ailleurs associées aux instances de programmation FSE mises en place par le Conseil Départemental de la Dordogne (principe de co-validation à l'exception des opérations portées directement par les structures porteuses du PLIE de ce territoire).

Modalités de Financement :

➢ Pour les ACI, le financement FSE sollicité portera sur le périmètre global des dépenses liées au projet de la structure ACI. Le FSE sera déterminé sur cette base et après examen de l'ensemble des cofinancements obtenus pour l'opération.

➢ D'une manière générale et pour l'ensemble des structures, le taux moyen d'intervention du FSE est de 50 %. Ce taux est bien sûr modulable selon le plan de financement et les cofinanceurs mobilisés et dans la limite des montants des crédits alloués sur le dispositif 1.

Ce dispositif vise à renforcer l'insertion des personnes les plus éloignées de l'emploi dont les bénéficiaires des minimas sociaux dans le département de la Dordogne. Il relève d'une délégation de service public d'intérêt général au sens communautaire conformément à l'encadrement communautaire 2012/C8/03 du 20 décembre 2011. Les conventions intègreront cette disposition, la compensation financière accordée devra donc remplir certains critères et ne couvrir que ce qui est nécessaire à l'exécution de la mission d'intérêt général qu'elle finance, en tenant compte des recettes et d'un bénéfice raisonnable.

4 - LES OBLIGATIONS INCOMBANT AUX ORGANISMES BENEFICIAIRES

L'octroi d'une aide de l'Union européenne soumet l'organisme bénéficiaire à un certain nombre d'obligations visant au respect des principes et règles de bonne gestion des aides publiques.

4.1 – Respect des principes et règles de bonne gestion des aides publiques

1. Le bénéficiaire s'engage à respecter les clauses de la convention attributive de l'aide FSE, en particulier celles relatives à la période de réalisation de l'opération et aux délais de production des bilans d'exécution.

2. Il informe le service gestionnaire de l'avancement de l'opération ou de son abandon ; il n'en modifie pas le calendrier de réalisation, les actions ou le plan de financement, **sans l'accord du service gestionnaire et un réexamen de l'instance de programmation**, au risque de ne pas percevoir tout ou partie de l'aide communautaire.

3. Le bénéficiaire suit de façon distincte dans sa comptabilité les dépenses et les ressources liées à l'opération : il est ainsi en capacité d'isoler, au sein de sa comptabilité générale, les charges et les produits liés à l'opération. De plus, il justifie les calculs permettant le passage de la comptabilité générale de l'organisme bénéficiaire à la comptabilité du projet (coefficients d'affectation pour les dépenses directes et clé de répartition en cas de déclaration de dépenses indirectes non forfaitisées).

4. Lorsqu'il réalise son opération, le bénéficiaire respecte le droit communautaire applicable, notamment l'obligation de mise en concurrence et les règles d'encadrement des aides d'Etat (ensemble des subventions publiques perçues). **Ces points feront l'objet d'une attention particulière au cours de l'instruction et des différents contrôles menés par le Conseil départemental.**

5. Seules des dépenses effectivement encourues, c'est-à-dire des dépenses acquittées, qui correspondent à des actions réalisées et qui peuvent être justifiées par des pièces comptables et non comptables probantes sont retenues. Toutes les dépenses doivent être acquittées avant la date de dépôt du bilan notifiée dans la convention. De plus, les dépenses déclarées par le bénéficiaire doivent être liées et nécessaires à l'opération cofinancée.

6. En cas de liquidation, le bénéficiaire transmet au service gestionnaire tous les éléments justificatifs des dépenses déjà déclarées.

4.2 – Respect des principes liés au financement par le FSE

4.2.1 – La publicité et l'information au sens des règlements

La transparence quant à l'intervention des fonds européens, la mise en valeur du rôle de l'Europe en France et la promotion du concours de l'Union européenne figurent parmi les priorités de la Commission européenne.

Ainsi, tout bénéficiaire de crédits du Fonds social européen doit respecter les règles de publicité et d'information qui constituent une obligation règlementaire, quel que soit le montant de l'aide FSE attribuée.

L'annexe XII, paragraphe 2.2, du Règlement UE n° 1303/2013 précise notamment que :

- Les bénéficiaires s'assurent que les participants à l'opération ont été explicitement informés du soutien du FSE ;

- Tout document relatif à la mise en œuvre d'une opération, y compris toute attestation de participation ou autre, concernant une opération de ce type comprend, lorsqu'il est destiné au public ou aux participants, une mention indiquant que l'opération a bénéficié du FSE.

C'est pourquoi toute demande de subvention doit impérativement comporter un descriptif des modalités prévisionnelles du respect des obligations de publicité de l'intervention du FSE. Le respect de ces règles sera vérifié par le service gestionnaire tout au long de la mise en œuvre du projet.

Le défaut de publicité constitue un motif **de non remboursement de tout ou partie des dépenses afférentes au projet cofinancé.**

Une synthèse de ces obligations ainsi qu'un tutoriel de mise en œuvre sont téléchargeables à l'adresse suivante : www.emploi.gouv.fr/contenus/information-et-publicite-fonds-social-europeen-fse

4.2.2 – Recours aux outils de forfaitisation

La forfaitisation des coûts évite à un bénéficiaire de devoir justifier les dépenses forfaitisées à partir des pièces comptables (factures, justificatifs d'acquittement, etc.), ce qui permet de diminuer la charge administrative du bénéficiaire, liée aux différents niveaux de contrôle.

La forfaitisation vise à diminuer non seulement le volume des pièces comptables contrôlées mais aussi à sécuriser ce type de dépenses.

Dans le cadre de la programmation 2014-2020, elle est **obligatoire pour les opérations présentant un montant total d'aide publique inférieur ou égal à 100 000 € (Article 272 du règlement UE du 18 juillet 2018 modifiant le règlement UE n°1303/2013).**

Le règlement communautaire introduit trois taux forfaitaires ne nécessitant pas de justification préalable :

⇨ **Forfait de 15 %** : appliqué aux dépenses directes de personnel pour calculer le montant forfaitaire de coûts indirects

⇨ **Forfait des 20 %** : possible uniquement pour les opérations inférieures à 500 000 € en coût total sur 12 mois. Il est interdit pour les opérations dont le projet se confond avec l'intégralité de l'activité de la structure pour la période considérée.

⇨ **Forfait de 40 %** : calculé sur la base des dépenses directes de personnel. Il permet de couvrir l'ensemble des coûts restants directs et indirects. Les salaires et indemnités versés au profit des participants sont considérés comme des coûts éligibles supplémentaires qui ne sont pas inclus dans le taux forfaitaire. **(Article 272 du règlement UE du 18 juillet 2018 modifiant le règlement UE n°1303/2013).**

4.2.3 – Recueil des données participants

Il convient que le porteur de projet soit particulièrement vigilant sur ce point.

En effet, le règlement (UE) n°13303/2013 du 17 décembre 2013 contient des dispositions renforcées en matière de suivi des participants aux actions cofinancées par le FSE.

Désormais :
- Les porteurs de projet sont responsables de la saisie
- les informations sont relatives à chaque participant
- les informations sont saisies au fur et à mesure
- le suivi des participants est partie intégrante de la vie du dossier
- la saisie est obligatoire (à défaut, les participants ne sont pas éligibles et non comptabilisés)

Il appartient ainsi au bénéficiaire d'une subvention FSE de saisir les caractéristiques de chaque participant sur le site « ma démarche FSE ». Ces données doivent être collectées et saisies par le porteur de projet, au plus tard un mois après l'entrée du participant dans l'action.

Ainsi, pour faciliter le recueil des informations à saisir dans « Ma Démarche FSE », la DGEFP a élaboré un questionnaire s'adressant directement aux participants (https://ma-demarche-fse.fr/si_fse/servlet/login.html) questionnaire, au format papier, a été défini pour être le plus simple possible pour le participant et pour répondre aux informations nécessaires à la production des indicateurs exigés par le règlement n°1304/2013 FSE. Les informations ainsi recueillies dans ce questionnaire devront être saisies sur « ma démarche FSE ». Elles seront utilisées de façon anonyme uniquement, à des fins de suivi et d'évaluation des opérations financées par le programme opérationnel national FSE.

Il est donc nécessaire pour chaque structure candidate de faire compléter le questionnaire de recueil des données par chaque participant. Un participant ne pourra pas être considéré comme tel en l'absence de ces éléments.

S'agissant de la saisie des indicateurs à la sortie de l'action, les données devront être saisies au plus tard 4 semaines après la sortie de la personne. Si la saisie a lieu plus d'un mois après la sortie du participant, alors les résultats ne sont pas considérés comme immédiats et le participant ne pourra être comptabilisé dans les cibles de performance.

D'autre part, les porteurs de projets s'engagent à fournir les justificatifs :

- de l'éligibilité des participants à leur action,
- du fait que la participation à l'action s'inscrit dans un parcours global,
- de la situation des participants à l'issue de l'action en cas de sortie positive.

4.2.4 – Suivi des indicateurs

Dans le cadre de la subvention globale signée par le Département, des objectifs chiffrés en termes d'indicateurs de réalisation lui ont été fixés, à savoir le renseignement du nombre de participants chômeurs (2 000) et d'inactifs (1 500).

Si ces objectifs n'ont pas été atteints, des sanctions ou corrections financières pourront être appliquées. A cet effet, une attention particulière sera portée par le Département sur la classification du public accompagné et le nombre de personnes accompagnées.

- *Chômeur* : toute personne se déclarant sans emploi au moment de son entrée dans l'intervention soutenue par le FSE, immédiatement disponible pour travailler et en recherche active d'emploi, qu'elle soit ou non inscrite auprès du service public de l'emploi. Les participants qui sont inscrits comme demandeurs d'emploi en activité réduite auprès du service public de l'emploi doivent être considérés comme chômeurs ;
- *Inactif* : personne n'étant ni en emploi, ni en recherche active d'emploi ou indisponible pour travailler immédiatement -> donc indisponible pour rechercher un emploi : jeunes n'ayant jamais travaillé, étudiants, stagiaires non rémunérés, personnes en incapacité de travailler, personnes en incapacité temporaire de chercher un emploi (problèmes de santé, contraintes de garde d'enfant, difficultés de transports, problèmes de logement...), retraités, hommes et femmes au foyer, congé parental.

RAPPEL CONVENTION FSE :

« Art.13.3 : barèmes de corrections applicables en cas de non-renseignement des données obligatoires

Le non-renseignement des données obligatoires mentionnées à l'article 13.2 de la présente convention entraîne l'application d'une correction forfaitaire sur les dépenses totales retenues après contrôle du service fait sur le bilan final de l'opération.

Le barème des corrections applicables est celui prévu pour les Etats membres par la section 1 du chapitre II du règlement délégué (UE) n°480/2014 de la Commission européenne du 3 mars 2014 :

- lorsque le niveau de renseignement des données obligatoires est inférieur à 65% des participants de l'opération mais supérieur ou égal à 60%, un taux forfaitaire de 5% s'applique ;

- lorsque le niveau de renseignement des données obligatoires est inférieur à 60% des participants de l'opération mais supérieur ou égal à 50%, un taux forfaitaire de 10% s'applique ;

- lorsque le niveau de renseignement des données obligatoires est inférieur à 50% des participants de l'opération, un taux forfaitaire de 25% s'applique »

4.2.5 – Modalité de gestion et suivi administratif du dossier FSE

➢ Modalités de gestion

- 1) Elaboration et dépôt du dossier de demande de subvention lors de l'Appel à projets ;

- 2) Examen de la recevabilité du dossier :
- si le dossier est incomplet des pièces complémentaires pourront être demandées ;
- si le dossier est irrecevable une notification précisant les raisons du rejet sera envoyée au porteur ;
- si le dossier est recevable une attestation de recevabilité sera émise et le dossier fera l'objet d'une instruction.

- 3) Instruction du dossier : l'instruction est réalisée par les services gestionnaires identifiés au Conseil Départemental. Celui-ci peut revenir vers le porteur de projet en lui soumettant des observations ou en demandant d'autres précisions ;

- 4) Toute programmation est soumise à la validation des Services de la DIRECCTE : cet avis est consigné et présenté lors du passage en Comité Départemental de Programmation. Après avis favorable du Comité Départemental de Programmation, notification est faite au bénéficiaire (secrétariat du Comité de Programmation) et conventionnement par le service instructeur.

- 5) Mise en œuvre du projet ;

- 6) Visite sur place : Celle-ci est effectuée par les services gestionnaires du Conseil Départemental afin de vérifier avec le porteur les différents éléments du dossier : réalité physique de l'opération, bon déroulement, respect de l'obligation de publicité liée au financement communautaire et régularité des conditions de suivi de l'opération et d'archivage des pièces justificatives.

- 7) Bilan d'Exécution du projet : le bilan d'exécution du projet permet de consolider et rendre compte de la réalisation du projet ; il est constitué de plusieurs parties : bilan qualitatif, bilan quantitatif et le

bilan financier. L'organisme doit le transmettre en fin d'action, au plus tard dans les 4 mois, au service gestionnaire accompagné des pièces justificatives requises.

- 8) Contrôle de Service Fait : L'objectif du CSF est de vérifier la réalité et la conformité des actions réalisées, ainsi que les dépenses engagées et les ressources mobilisées pour leur mise en œuvre ; le tout au regard de ce qui a été contractualisé au travers de la convention et de ses éventuels avenants.

- 9) *Modalités de paiement* : Le paiement est réalisé en deux fois : une avance de 50 % au moment de la signature de la convention et le solde lors du bilan final. Le paiement du solde ne pourra avoir lieu qu'après un contrôle de service fait.

- 10) *Autres contrôles* : Le bénéficiaire est susceptible d'avoir d'autres contrôles en plus du Contrôle de Service Fait comme un contrôle régional réalisé par la DIRECCTE, la DRFIP..., un contrôle national, réalisé par la COMMISSION INTERMINISTÉRIELLE DE COORDINATION DES CONTRÔLES (CICC) et un contrôle européen, réalisé par la Commission Européenne et la Cour Européenne des Comptes.

➢ Suivi administratif du dossier

Le bénéficiaire s'engage à respecter les clauses de la convention, en particulier celles relatives à la période de réalisation de l'opération et aux délais de production des bilans d'exécution. Il informe le service gestionnaire de l'avancement de l'opération ou de son abandon ; il n'en modifie pas le calendrier de réalisation, les actions ou le plan de financement, sans l'accord du service gestionnaire et un réexamen de l'instance de programmation, au risque de ne pas percevoir tout ou partie de l'aide communautaire.

Il donne suite à toute demande du service gestionnaire en vue d'obtenir les pièces ou informations relatives à l'opération nécessaires au calcul du montant de l'aide FSE à verser.

En cas de liquidation, le bénéficiaire transmet au service gestionnaire tous les éléments justificatifs des dépenses déjà déclarées.

Le bénéficiaire accepte de se soumettre à tout contrôle administratif, technique ou financier, sur pièces et/ou sur place, y compris au sein de sa comptabilité, effectué par le service gestionnaire ou par toute autorité habilitée ; il présente aux agents du contrôle toute pièce justifiant les dépenses et les ressources déclarées.

4.2.6 – Collecte des justificatifs et archivage du dossier FSE

➢ Traçabilité des dépenses :

Le porteur de projet doit être en mesure de justifier que les dépenses qu'il présente sont bien affectées à l'action et acquittées ; le recours à une **comptabilité analytique** est indispensable lorsque le porteur de projets porte plusieurs actions.

Pour les dépenses non forfaitisées, seules les dépenses acquittées, pouvant être justifiées par des pièces comptables et non comptables probantes, sont retenues.

D'autre part, tout personnel qui ne serait pas affecté en totalité à une action doit produire un **relevé de gestion du temps détaillé**, justifiant du temps passé sur l'action (avec double signature de l'agent et de son supérieur hiérarchique).

➢ Collecte des pièces justifiant le respect des règles de publicité et d'information :

Elle est relativement simple à la condition de l'assurer au fil de l'eau :

- Garder une copie des brochures, feuilles d'émargement, courriers etc. portant les emblèmes obligatoires pour la publicité.

- Prenez des photos des affiches qui assurent la publicité de votre soutien FSE dans vos locaux, à l'occasion de journées portes ouvertes etc. Vous pourrez joindre une impression de ces photos à votre bilan intermédiaire ou de solde. Les photos sont des moyens simples de prouver le respect de vos obligations. Pensez-y lors de vos réunions, séminaires, journées rencontres etc.

- Faites des copies d'écran des rubriques, articles, pages consacrés à votre projet sur votre site internet.

- Collecter les éventuels articles consacrés à votre projet dans la presse ou dans des revues (y compris des brochures administratives).

- Penser à conserver l'ordre du jour d'un séminaire, réunion de partenariat FSE où vous intervenez pour présenter votre projet.

➢ Archivage des pièces :

Il conserve les pièces justificatives jusqu'à la date limite à laquelle sont susceptibles d'intervenir les contrôles, soit **trois ans après le 31 décembre de l'année de l'apurement des comptes** (soit plus ou moins 5 ans après la réalisation des dépenses). Cette durée est portée à dix ans dans le cas où le projet relève d'un régime d'aides d'Etat.

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc193a814fcecd-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.21

Fonds Social Européen 2014-2020. Gestion de la subvention globale FSE.
Demande de crédits complémentaires.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Mireille BORDES

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.21

Fonds Social Européen 2014-2020. Gestion de la subvention globale FSE.
Demande de crédits complémentaires.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU les règlements de l'Union Européenne :

- n° 1303/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 portant dispositions communes relatives au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion, au Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la Pêche, portant dispositions générales applicables au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion, au Fonds Européen Agricole pour le DEveloppement Rural et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la Pêche,
- n° 1304/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relatif au Fond Social Européen et abrogeant le règlement (CE) n° 1081/20066 du Conseil,
- n° 240/20014 de la Commission du 7 janvier 2014 relatif au Code de conduite européen sur le partenariat dans le cadre des Fonds Structurels et d'Investissement Européens,
- n° 480/2014 de la Commission du 3 mars 2014 complétant le règlement (UE) n° 1303/2013 portant dispositions générales applicables au Fonds Européen de DEveloppement Régional, au Fonds Social Européen, au Fonds de Cohésion et au Fonds Européen pour les Affaires Maritimes et la Pêche,

VU le programme opérationnel du Fonds Social Européen approuvé par la Commission européenne le 10 octobre 2014,

VU l'article 78 de la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles relatif aux délégations de gestion de crédits des programmes opérationnels,

VU la circulaire du Premier ministre n° 5650/SG du 19 avril 2013 relative à la gestion des Fonds Européens fixant à 32,5 % la part de l'enveloppe nationale de crédits FSE déléguée aux départements,

VU la circulaire DGEFP n° 301 du 10 juin 2013 relative à l'architecture de gestion du FSE et à la préparation de la période de programmation 2014-2020,

VU l'accord-cadre national entre l'Etat et l'Assemblée des Départements de France signé le 5 août 2014 pour la mobilisation du FSE en faveur de l'Inclusion sociale et de la Lutte contre la pauvreté,

VU le courrier du Préfet de la région Aquitaine en date du 22 juillet 2014 portant à connaissance des crédits FSE Inclusion pour 2014-2020,

VU la délibération n° 13.CP. VIII 41 de la Commission Permanente du 9 septembre 2013 adoptant le Pacte Territorial pour l'Insertion 2015-2018 et la délibération de la Commission Permanente du 29 juin adoptant son avenant n° 1 portant sur les nouvelles instances de coordination en matière d'insertion et de coordination dans le cadre du FSE,

VU la circulaire DATAR n° 57090 du 4 juin 2013 et son annexe « Note d'Orientation » n° 2013-001 relatives à la gestion des Fonds Européens pour la période 2014-2020,

VU la circulaire DGEFP n° 301 du 10 juin 2013 relative à l'architecture de gestion du FSE et à la préparation de la période de programmation 2014-2020 et son point portant sur les modalités de gouvernance s'agissant des principaux acteurs de l'insertion,

VU l'accord-cadre national entre l'Etat et l'Assemblée des Départements de France signé le 5 août 2014 pour la mobilisation du FSE en faveur de l'Inclusion sociale et de la Lutte contre la pauvreté,

VU la délibération du Conseil général n° 14-338 du 21 novembre 2014 actant l'engagement du Département pour la gestion d'une subvention globale FSE,

VU le courrier du Préfet de Région en date du 11 décembre 2014 portant notification des crédits FSE Inclusion confiés sous la forme d'une subvention globale au Conseil départemental de la Dordogne,

VU la délibération n° 17.CP.VII.24 de la Commission Permanente du 16 octobre 2017 actant l'engagement du Département de la Dordogne pour le renouvellement de la gestion d'une subvention globale FSE pour la période 2018/2020,

VU la délibération n° 15.CP. I.36 de la Commission Permanente du 9 février 2015 portant sur la création d'une instance de programmation FSE, son règlement intérieur et sa composition,

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

VU la délibération n° 15.CP.VIII.20 de la Commission Permanente du 7 septembre 2015 adoptant la nouvelle dénomination de l'Instance départementale de sélection et de programmation FSE, modifiant sa composition et son règlement intérieur et actant les missions confiées au Département,

VU la délibération n° 16.CP.IX.21 du 19 décembre 2016 de la Commission Permanente modifiant le règlement intérieur du Comité départemental de programmation,

VU la délibération n° 17.CP.VII.24 de la Commission Permanente du 16 octobre 2017 actant le renouvellement de la subvention globale FSE pour la période 2018-2020,

VU les avis favorables du Comité régional de programmation en date du 30 avril 2015 et du 2 février 2018 et la notification de la Convention par l'Autorité de gestion déléguée en date du 12 juillet 2018,

VU la délibération n° 13.CP.VIII.41 de la Commission Permanente du 9 septembre 2013 adoptant le Pacte Territorial pour l'Insertion 2015-2018 et la délibération de la Commission Permanente du 29 juin 2015 adoptant son avenant n° 1 portant sur les nouvelles Instances de coordination en matière d'insertion,

VU l'avenant n° 1 à la Convention de subvention globale notifier par l'Autorité de gestion déléguée le 24 octobre 2018 et signé le 24 octobre 2018,

VU la délibération du Conseil départemental n° 18-77 du 9 février 2018 validant l'appel à projets FSE pour l'année 2018 et les délibérations de la Commission Permanente n° 18.CP.IX.25 du 17 décembre 2018 et n° 19.CP.IV.19 du 17 juin validant les appels à projets FSE 2019,

VU le règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE,

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,

PREND ACTE du montant de 940.000 € de crédits FSE (Fonds Social Européen) complémentaires et disponibles au titre des reliquats et des abondements FSE.

APPROUVE la demande d'avenant à la Subvention Globale FSE n° 201700090 couvrant la période 2018/2020 avec l'inclusion de ces reliquats FSE et autorise le Président du Conseil départemental à déposer la demande d'avenant à la convention initiale dans ce sens et à signer tout document s'y rapportant.

PREND ACTE de l'ouverture du Dispositif « développer les projets de coordination et d'animation de l'offre en faveur de l'insertion et de l'économie sociale et solidaire » et autorise le Président du Conseil départemental à déposer la demande d'avenant modificatif auprès des services de l'Etat (DIRECCTE) en intégrant ce nouveau dispositif.

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

Joannik NADAL

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1936d14fcda3-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.22

Programme général de modernisation du réseau routier.
Programme de traverses d'agglomérations.
Programme de grosses réparations d'ouvrages d'art.
Programme 2020.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.22

Programme général de modernisation du réseau routier.
Programme de traverses d'agglomérations.
Programme de grosses réparations d'ouvrages d'art.
Programme 2020.

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, sous réserve du vote du Budget primitif 2020, le Programme général d'entretien 2020 pour un montant de 8.370.000 €, composé de :

➢ le Programme de revêtements de voirie, pour un montant de 7.080.000 €, y compris les contrôles du Laboratoire départemental, présenté en annexe I,

➢ le Programme des traverses d'agglomérations, pour un montant de 1.290.000 €, présenté en annexe II.

APPROUVE, sous réserve du vote du Budget primitif 2020, le Programme 2020 des travaux de Grosses réparations d'ouvrages d'art pour un montant de 2.670.000 €, présenté en annexe III.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental, à engager les procédures afférentes à ces opérations.

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.IX.22 du 16 décembre 2019.

PROGRAMME ENTRETIEN ROUTIER 2020

ENROBES BITUMINEUX	3 670 000 €
MATERIAUX BITUMINEUX COULES A FROID	1 980 000 €
ENDUITS SUPERFICIELS	1 390 000 €
CONTRÔLE LABO	40 000 €
TOTAL	7 080 000 €

ANNEXE 1-1

PROGRAMME BETON BITUMINEUX 2020

Cantons	RD	Itinéraire	Localisation PR				Longueur	Surface	Estimation
			PR début		PR fin		M	M²	
VALLEE DORDOGNE	703	Siorac - St Cyprien	44	266	46	527	2260	18500	275 000
SARLAT	704	Montignac - Sarlat	71	275	73	250	2 075	16 500	261 000
PERIGUEUX 2	8	Périgueux - Limoges	45	500	46	450	900	7 900	150 000
ISLE MANOIRE	5	Boulazac -> Bassillac	31	180	31	750	620	4 500	250 000
PERIGORD CENTRAL	8	Périgueux - Bergerac	28	46	29	600	1 600	10 400	251 000
TRELISSAC	6021	Périgueux - Limoges	57	380	57	900	520	4 300	300 000
BERGERAC 1	32	rue Monnet Sully + raccordement RD709	54	600	56	300	2 000	12 000	60 000
BERGERAC 2	660	Bergerac Creysse	5	110	6	700	1 000	8 000	175 000
BRANTOME	710	Périgueux/Riberac	13	982	16	172	2 190	12 590	255 000
BRANTOME	939	Périgueux/Angoulême	44	482	46	531	1 770	13 075	221 000
BRANTOME	939	Périgueux - Angoulême	25	200	28	700	570	6 650	140 000
THIVIERS	707	Thiviers St Jean de Côle	21	0	23	0	2 000	14 000	150 000
SAINT ASTIER	3	Gravelle - Saint Astier	46	180	47	840	1 660	10 540	220 000
MONTPON MENESTEROL	708	Liaison Montpon - A89	80	880	82	240	1 360	9 000	186 000
VALLEE DE L'ISLE	709E5	Liaison Mussidan centre - RD 6089	1	0	1	660	660	5 000	79 000
HAUT PERIGORD NOIR	704	A89-Haute Vienne	38	35	39	35	935	7 200	165 000
ISLE LOUE AUVEZERE	704	Lanouaille	8	525	9	720	545	1 590	62 000
VALLÉE DE L'HOMME	31E1	Le Bugue - Le Buisson de Cadouin	2	130	3	0	855	6 200	250 000
VALLÉE DORDOGNE	710	Siorac en Périgord - Belvès	65	560	67	205	1 645	10 200	220 000
							19 185	**132 945**	**3 670 000**

ANNEXE 1-2

PROGRAMME MATERIAUX BITUMINEUX COULES A FROID 2020

Cantons	RD	Itinéraire	Localisation PR				Longueur	Surface	Estimation
			PR début		PR fin		M	M²	
SARLAT	47	Sarlat - Ste Nathalène	34	101	39	380	5 275	30 500	85 000
VALLEE DORDOGNE	51	Le Bugue (pont de Vic) - Le Coux	3	700	9	210	5 500	26 500	150 000
VALLEE DORDOGNE	60	Cénac - Daglan	32	537	36	777	4 240	25 000	210 000
PERIGORD CENTRAL	45E	Les Versannes -Vergt	7	630	9	860	2 230	10 300	110 000
ISLE MANOIRE	6	Les versannes - St Geyrac	16	935	22	475	5 550	31 000	61 000
SUD BERGERACOIS	14	Bergerac-Issigeac	21	70	28	900	7 000	47000	70 000
SUD BERGERACOIS	25	Bergerac -Issigeac	56	850	57	460	570	3 400	10 000
BERGERAC2	37	RD 19 à Cours de Pile	0	0	2	300	2 500	15 000	40 500
PAYS DE LA FORCE	709	Bergerac - Mussidan	48	120	54	0	3 760	31 600	85 000
BERGERAC 2	13	Rocade RD709 PEYMILLOU	12	150	13	275	1 125	6 100	17 500
RIBERAC	1	Flayac - Verteillac	29	561	31	906	2 344	14 768	75 000
RIBERAC	709	Ribérac - Département de La Charente	0	0	2	400	2400	14500	45 000
PERIGORD VERT NONTRONNAIS	707	Milhac - St Pardoux la Rivière	37	700	41	700	4 400	30 000	110 000
PERIGORD VERT NONTRONNAIS	91	Lacaujamet	8	700	11	300	2 600	13 500	50 000
PERIGORD VERT NONTRONNAIS	88	Busserolles	15	800	17	420	1 400	7 000	100 000
VALLEE DE L'ISLE	6089	Bordeaux Périgueux	85	300	89	700	4 250	34 000	300 000
PAYS DE MONTAIGNE ET GURSON	33	Villefranche de Lonchat - Bergerac	13	360	15	360	1 820	9 100	26 000
VALLÉE DE L'HOMME	42	Cendrieux - Journiac	27	0	29	410	2 410	13 000	125 000
VALLÉE DE L'HOMME	32	La Menuse - Cendrieux	14	100	16	300	2 200	13 000	40 000
PERIGORD CENTRAL	31	Limeuil - Trémolat - Calès	42	600	44	755	2 155	11 000	50 000
ISLE LOUE AUVEZERE	75	Lanouaille-Corrèze	8	500	9	750	1 255	7 800	25 000
ISLE LOUE AUVEZERE	75E	Savignac Lédrier-Corrèze	3	578	4	108	530	3 260	20 000
TERRASSON	62	Condat/Vézère-La Cassagne	23	840	31	475	7 725	49 000	175 000
							64 984	**394 068**	**1 980 000**

ANNEXE 1-3

PROGRAMME ENDUITS SUPERFICIELS 2020

Cantons	RD	Itinéraire	Localisation PR				Longueur	Surface	Estimation
			PR début		PR fin		M	M²	
SUD BERGERACOIS	14	RD 933 / Gironde	11	660	16	300	4 650	26 000	160 000
PAYS DE MONTAIGNE ET GURSON	32E2	Vélines - Fougueyrolles	4	930	11	830	6 860	36 400	93 000
RIBERAC	102	La Tour Blanche - Cherval	0	0	3	650	3 650	19 000	150 000
PERIGORD VERT NONTRONNAIS	87	lim Dpt - Abjat	21	200	23	150	2 500	12 500	110 000
SAINT ASTIER	109	Segonzac Bussac	10	620	17	600	7 000	35 000	83 000
SAINT ASTIER	107	Saint Astier Villamblard	1	0	5	0	3 000	17 000	170 000
VALLEE DE L'ISLE	12	Saint Laurent des Hommes SMD3	14	0	16	0	2 000	4 500	36 000
PAYS DE MONTAIGNE ET GURSON	33	accès usine cristalline	2	500	4	0	1 500	10 000	193 000
HAUT PERIGORD NOIR	31	Thenon-Rouffignac	0	0	7	0	7 000	35 000	150 000
VALLEE DE L'HOMME	32	Mauzens - Rouffignac	3	899	8	69	4 170	20 000	180 000
LALINDE	26	St Avit Sénieur - Bayac	16	575	18	300	1 725	8 600	25 000
LALINDE	19E	Ste Sabine - Faurilles	1	750	3	990	2 240	9 000	40 000
							46 295	233 000	1 390 000

Annexe II à la délibération n° 19.CP.IX.22 du 16 décembre 2019.

TRAVERSES D'AGGLOMERATION PROGRAMME 2020

RD	CANTONS	LIBELLE OPERATION	AP TRX CHAUSSEE
6089	COULOUNIEIX CHAMIERS	Traverse MARSAC La Prunerie	380 000
71	HAUT PERIGORD NOIR	Traverse de BADEFOLS D'ANS	100 000
39	VALLEE DE L'ISLE	Traverse de NEUVIC (Avenue du Général de Gaulle)	200 000
15	PAYS DE LA FORCE	Traverse de LUNAS	60 000
81/67	ISLE LOUE AUVEZERE	Traverse de SARRAZAC	120 000
6089	VALLEE DE L'ISLE	Traverse SOURZAC	200 000
660	LALINDE	Traverse de LALINDE Port de Couze	230 000
		TOTAL	1 290 000

Annexe III à la délibération n° 19.CP.IX.22 du 16 décembre 2019.

PROGRAMME OUVRAGES D'ART 2020

RD	CANTONS	COMMUNE	LIBELLE OPERATION	MONTANT
21	BERGERAC 2	SAINT GERMAIN ET MONS/MOULEYDIER	Elargissement du pont sur la Dordogne	1 000 000 €
72E4	ISLE LOUE AUVEZERE	GENIS	Pont du Moulin du Pervendoux	200 000 €
72E5	ISLE LOUE AUVEZERE	SAINT-MESMIN	Pont de Saint Mesmin	100 000 €
83	BRANTÔME	CHAMPAGNAC-DE-BELAIR	Pont de Verneuil	250 000 €
50	VALLEE DORDOGNE	GROLEJAC	Pont de la Mouline	600 000 €
50	VALLEE DORDOGNE	DOMME	Mur de soutènement de Domme	200 000 €
704	ISLE LOUE AUVEZERE	CHERVEIX-CUBAS	Pont de Cubas	250 000 €
66	VALLEE DE L'HOMME	PEYZAC-LE-MOUSTIER	Mur de soutènement de Peyzac	30 000 €
709	VALLEE DE L'ISLE	MUSSIDAN	Reprise de l'étanchéité du Pont	40 000 €
			TOTAL	2 670 000 €

RAPPEL : SOLDE DES PROGRAMMES ANTERIEURS 2018-2019

ESTIMATION DU MONTANT DES TRAVAUX A REALISER EN 2020

RD	COMMUNE	LIBELLE OPERATION	MONTANT
102	VENDOIRE	Réparation Pont du Mondot	50 000 €
68	CUBJAC	Pont sur l'Auvézère à Cubjac	350 000 €
93	JAVERLHAC	Pont sur le Bandiat à Javerlhac	300 000 €
9,36E+03	BERGERAC	Garde-corps du Pont Pimont	140 000 €
		TOTAL	840 000 €

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1936c14fcda2-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.23

Opérations de sécurité routière sur Routes départementales.
Programme 2020.
Prise en considération d'opérations à programmer.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.23

Opérations de sécurité routière sur Routes départementales.
Programme 2020.
Prise en considération d'opérations à programmer.

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 sous réserve du vote du Budget primitif 2020, le Programme 2020 des Opérations de sécurité routière sur Routes départementales pour un montant de 325.500 €, à imputer au chapitre 908, article fonctionnel 843, nature 2315.1, tel que présenté en annexe I.

PRENDRE en considération les Opérations de sécurité du tableau joint en annexe II afin d'autoriser le lancement des procédures administratives préalables.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à engager l'ensemble des procédures et obtenir les autorisations administratives préalables à la réalisation de ces opérations.

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

Jeannik NADAL



ANNEXE I : PROPOSITIONS PROGRAMME 2020 - OPERATIONS DE SECURITE ROUTIERE

CANTON	R.D	Localisation	Description des lieux (Carrefour, courbe, etc...)	Type d'accidents	Proposition d'aménagement	MONTANT €
ISLE-LOUE-AUVEZERE/ HAUT PERIGORD NOIR	5 et 62	CHERVEIX CUBAS, HAUTEFORT, TOURTOIRAC, SAINTE-EULALIE D'ANS, SAINT-PANTALY D'ANS, LA BOISSIERE D'ANS	RD5: PR 49+226 à 63+525 et RD 62: PR 0 à 2+368	sortie de route	mise en sécurité des obstacles latéraux	35.000
VALLEE DE L'ISLE	12	SAINT-LAURENT-DES-HOMMES	sécurisation du virage de la vache morte	élargir le virage pour que les camions se croisent dans des conditions optimales	poutre de rive busage et bordures CC2	35.000
MONTPON	730	MONTPON	sortie carrière DOYEUX		panneaux lumineux (n°2) qui viendra compléter le dispositif lumineux existant	5.500
TRELISSAC	939	CHÂTEAU-LÉVÊQUE	carrefour	mouvement de tourne à gauche en insécurité	sur largeur par la droite	45.000
TRELISSAC	8	CORNILLE – ANTONNE-ET-TRIGONANT	Virages et perte de profile en long	sortie de routes	reprofilage de chaussée, enduit haute adhérence, bordures, compléments de signalisation	50.000
VALLEE DE L'HOMME	32E5	SAVIGNAC-DE-MIREMONT	manque de visibilité	collision carrefour en croix	dégagement de visibilité	45.000
LALINDE	32	SAINT-MARCEL-DU-PERIGORD	manque de visibilité à l'approche du carrefour	collision carrefour en croix	signalisation dynamique	5.000
LALINDE	29	LE BUISSON-DE-CADOUIN	courbe en pente	sorties de routes dans constructions privées	enduit haute adhérence	55.000
PERIGORD VERT NONTRONNAIS	88	BUSSEROLLES	liaison RD699 BUSSEROLLES desserte des Minoteries ALLAFORT	difficultés de croisement des PL	Création de refuges, pose de bordures, revêtement de chaussée, signalisation	50.000
						325.500

ANNEXE II : PRISE EN CONSIDERATION - OPERATIONS DE SECURITE

CANTON	R.D	Localisation	Description des lieux (Carrefour, courbe, etc...)	Type d'accidents	Proposition d'aménagement	ORDRE DE GRANDEUR EN €	PROCEDURES PREALABLES NECESSAIRES	ACQUISITIONS FONCIERES PREALABLES
VALLEE DE L'HOMME	65E	THONAC SERGEAC	Pont de THONAC	assurer l'assise du remblais	enrochement pied de talus	74.000	LEMA éventuelle, Site classé, proximité zone de protection archéologique	
SARLAT	48	TAMNIES	LES EYZIES SAINT-GENIES	distance de visibilité réduite	dégagement de visibilité	33.000	Site inscrit, défrichement	X
SUD BERGERACOIS	107	SAINT-AUBIN- DE-CADELECH	accès riverains	manque de visibilité	dégagement de visibilité	20.000	défrichement	X
SUD BERGERACOIS	16 et 18	THENAC	modification carrefour	manque de visibilité du carrefour	aménagement du carrefour	60.000		X
BERGERAC 2	21E1	QUEYSSAC	carrefour	manque de visibilité du carrefour	terrassement du talus	40.000	défrichement	X
PERIGORD CENTRAL	38	MONTAGNAC LA CREMPSE	carrefour	manque de visibilité	aménagement carrefour	15.000		X

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019

Acte : 024-222400012-20191216-lmc1936014fcd9c-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.24

Routes départementales n° 31 et n° 32.
Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC.
Aménagement d'un carrefour giratoire au lieu-dit "Réta".

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.24

Routes départementales n° 31 et n° 32.
Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC.
Aménagement d'un carrefour giratoire au lieu-dit "Réta".

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 la Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC relative à l'aménagement du carrefour de « Réta » situé à un nœud routier qui rassemble en un même point les Routes départementales n° 31 et n° 32 et fixant les modalités techniques, administratives et financières selon lesquelles le Département autorise la Commune à réaliser les travaux d'aménagement sur le Domaine public départemental, de déterminer les règles de gestion des dépendances départementales situées dans son agglomération et de lui permettre de percevoir le Fonds de Compensation de la Taxe sur la Valeur Ajoutée en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter cette convention, au nom et pour le compte du Département, ainsi que tout document afférent à sa mise en œuvre.

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.IX.24 du 16 décembre 2019.

CONVENTION N°

ROUTES DEPARTEMENTALES N° 31 ET N° 32
COMMUNE DE ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC
AMENAGEMENT D'UN CARREFOUR GIRATOIRE AU LIEU-DIT « RÉTA »

ENTRE

Le Département de la Dordogne sis 2, Rue Paul Louis Courier - CS11200 - (SIRET n° 222 400 012 00019) - 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.IX. du 16 décembre 2019,

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

ET

La Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC sise Place de la Mairie - 24580 ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC, représentée par le Maire, M. Raymond MARTY, dûment habilité à signer en vertu de la délibération du Conseil Municipal n° du ,

Ci-après dénommée « La Commune »
D'autre part.

PREAMBULE

Depuis 2013, la Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC a entrepris une démarche importante de sécurisation des accès routiers du bourg, complétée à partir de 2015 par des opérations de revitalisations du centre-bourg.

Aujourd'hui, la Commune envisage l'aménagement du carrefour de « Réta », situé à un nœud routier qui rassemble en un même point :

- La Route départementale n° 31, qui mène à la Vallée de la Vézère, et plus particulièrement aux sites préhistoriques et au Pôle d'Interprétation de la Préhistoire(PIP) des Eyzies-de-Tayac ;
- La Route départementale n° 32 qui dessert, depuis le bourg, la grotte préhistorique de Rouffignac ;
- L'accès à la zone commerciale et au lotissement des « Egals »,
- La Route de SAINT-CERNIN-DE-REILHAC, conduisant à la Vallée du « Manaurie.

Ce carrefour constitue une convergence des flux routiers particulièrement denses en période estivale.

La Commune souhaite donc sécuriser ce carrefour en créant un carrefour giratoire.

Ceci étant exposé, il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1ER : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les obligations respectives de la Commune et du Département en ce qui concerne l'opération d'aménagement du giratoire dit de « Réta », en agglomération.

Elle précise notamment :

- les conditions techniques, administratives et financières selon lesquelles la Commune est autorisée à occuper et utiliser, à titre précaire et révocable, les biens du Domaine public départemental présentement désignés, étant entendu que le Département est gestionnaire des Routes départementales n° 31 et n° 32,

- les règles de gestion des aménagements réalisés par la Commune dans le cadre de la présente convention.

Enfin la présente convention permet à la Commune de percevoir le Fonds de Compensation de la Taxe sur la Valeur Ajoutée en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales.

Cette convention vaut permission de voirie.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENT DES PARTIES

ARTICLE 2.1 : Le Département

Le Département autorise, à titre précaire et révocable, l'occupation du Domaine public routier départemental aux fins de réaliser les travaux communaux ci-dessous désignés dans la mesure où la réalisation et l'exploitation des ouvrages ainsi réalisés n'influent pas sur la pérennité et l'intégrité des Routes départementales et de leurs dépendances, y compris des ouvrages situés en sous-sol.

Le Département prendra en charge la fourniture, la pose et l'entretien de la signalisation directionnelle du carrefour giratoire.

ARTICLE 2.2 : La Commune

La Commune assurera la réalisation (maîtrise d'ouvrage), la gestion, ainsi que la responsabilité de l'opération, ce qui inclut notamment :

- la pose des bordures, caniveaux,
- la réalisation des trottoirs,

- la réalisation de la structure de chaussée,
- la réalisation du revêtement des chaussées,
- la fourniture et la pose du mobilier urbain,
- la réalisation des îlots,
- les aménagements liés à la circulation des PMR,
- l'aménagement des espaces verts,
- la réalisation ou l'adaptation nécessaire des réseaux, notamment pluvial,
- la signalisation horizontale,
- la signalisation verticale de police,

conformément au plan annexé à la présente convention.

A l'issue des travaux, La Commune devra fournir au Département les plans de récolement des ouvrages exécutés et plus particulièrement ceux enterrés, conformément à la réglementation DT-DICT (Déclaration de projet de Travaux – Déclaration d'Intention de Commencement de Travaux).

ARTICLE 3 : CONDITIONS DE REALISATION DES TRAVAUX PAR LA COMMUNE

ARTICLE 3.1 : Identification du foncier

Les emprises nécessaires à la réalisation de ces travaux se situent sur le Domaine public routier départemental et communal.

ARTICLE 3.2 : Exécution des travaux

La maîtrise d'ouvrage des travaux ainsi que la maîtrise d'œuvre sont assurées par la Commune.

Avant le démarrage des travaux, la Commune soumettra au Département, les dispositions qu'elle compte adopter pour l'exécution des travaux.

Dans ce cadre, le calendrier prévisionnel de l'opération devra être validé préalablement et de manière expresse par le Département (Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités / Unité d'Aménagement de SARLAT). Le non-respect de cette clause constitue une cause de résiliation de la convention aux dépens exclusifs de la Commune. Les frais de remise en état des travaux éventuellement engagés par la Commune sur le Domaine public routier départemental seraient intégralement supportés par la Commune.

La Commune sera tenue de se conformer aux prescriptions techniques du Règlement départemental de voirie, dans l'intérêt du bon usage et de la conservation du domaine public routier.

Le Département (Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités / Unité d'Aménagement de SARLAT) sera associé au projet de détail et fixera les conditions de réalisation des travaux dans l'emprise des Routes départementales n° 31 et n° 32 : structure, matériaux, géométrie, profils et se réserve le droit de réaliser des contrôles pour s'assurer de la conformité des travaux. En cas de non-conformité, le Département arrêtera les travaux et mettra en demeure la Commune de reprendre les aménagements défectueux. Ces travaux ne donneront lieu à aucune contrepartie financière par le Département.

En cours de réalisation de chantier toute modification substantielle de projet devra être soumise au Département et devra faire l'objet d'une approbation formelle.

La Commune réalisera les travaux sous sa seule responsabilité, et devra en toutes circonstances assurer la sécurité du chantier et veiller à la continuité et à la sécurité de la circulation des véhicules et des piétons durant les travaux.

ARTICLE 4 : PROCEDURE DE REMISE D'OUVRAGES, DE GESTION ET D'ENTRETIEN

A la fin des travaux prévus à l'article n° 2.2, il sera procédé aux opérations suivantes :

ARTICLE 4.1 : Remise d'ouvrage :

A la fin des travaux, une visite technique sera organisée par la Commune. Les représentants de la Commune et du Département assisteront à cette visite technique. Un procès-verbal de remise d'ouvrage, qui pourra être assorti éventuellement de réserves si des travaux de parachèvement s'avèrent nécessaires, constatera le transfert des aménagements réalisés par la Commune sur le domaine public routier départemental au Département et précisera la teneur de ce transfert.

ARTICLE 4.2 : La garantie de parfait achèvement :

Pendant le délai de garantie de parfait achèvement d'un an à dater de la réception définitive des travaux, la Commune prendra en charge la réparation de tous les désordres constatés dans les travaux exécutés, y compris ceux éventuellement révélés après le procès-verbal de remise d'ouvrage.

Ces désordres feront l'objet, de la part du Département, soit de réserves mentionnées au procès-verbal de remise d'ouvrage, soit pendant le délai de garantie, de notifications écrites pour ceux révélés postérieurement à la remise d'ouvrage.

La garantie ne s'étend pas aux travaux nécessaires pour remédier aux effets de l'usure normale ou de l'usage des aménagements.

ARTICLE 4.3 : Gestion, entretien des aménagements :

Dans le cadre de la présente convention, la Commune prend en charge l'entretien des aménagements réalisés à savoir :

- les trottoirs et caniveaux,
- les îlots séparateurs, l'îlot central,
- les revêtements de trottoirs,
- les systèmes d'assainissement d'eaux pluviales et d'eaux usées et leurs accessoires (collecteurs, grilles avaloir, bouches d'évacuation, etc.),
- l'éclairage public (matériel et énergie),
- les aménagements paysagers,
- le mobilier urbain (barrière de protection, bornes...),

- la signalisation horizontale, verticale de police, les marquages spéciaux en peinture (passages piétons, bandes stop, cédez le passage, arrêts de bus,...).
- les résines.

ARTICLE 5 : CONDITIONS D'UTILISATION DU DOMAINE PUBLIC ROUTIER DEPARTEMENTAL

L'utilisation du Domaine public départemental aménagé par la Commune est soumise au respect des dispositions suivantes :

La responsabilité, l'entretien et la gestion des aménagements autorisés seront exécutés conformément aux règles fixées dans le Règlement Départemental de Voirie.

Toutes précautions utiles devront être prises par la Commune pour assurer la protection et la sécurité des usagers et des biens mis à disposition.

La Commune est tenue d'informer dans les plus brefs délais, le Département de tout incident qui aurait des conséquences sur l'intégrité ou la sécurité du domaine public départemental.

ARTICLE 6 : CONDITIONS FINANCIERES

ARTICLE 6.1 : Coût de l'opération à charge de la Commune :

Le coût de l'aménagement du giratoire de « Réta » est à la charge exclusive de la Commune.

Les éventuelles subventions départementales seront définies dans le cadre des nouveaux Contrats de Projets Communaux.

ARTICLE 6.2 : Application du FCTVA

Il est établi qu'en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, les travaux réalisés par la Commune sur le Domaine public départemental sont éligibles au Fonds de Compensation pour la Taxe sur la Valeur Ajoutée (FCTVA).

Le FCTVA sera appliqué en fonction du coût réel des travaux jusqu'à concurrence du montant des marchés (avenants compris).

ARTICLE 7 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION

Pour ce qui est de l'occupation du Domaine public départemental nécessaire à la réalisation de l'opération communale, la présente convention est conclue pour la durée des travaux. Elle prend effet, à compter de la notification par le Département à la Commune d'un exemplaire signé des Parties et prend fin à la date d'expiration du délai de la garantie de parfait achèvement.

Quant à la gestion et l'entretien des aménagements réalisés définis à l'article 4.3 de la présente convention, ses effets sont sans limite de durée.

ARTICLE 8 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification éventuelle d'une ou plusieurs des clauses de la présente convention, décidée d'un commun accord entre les parties, fera l'objet de la passation d'un avenant signé par les Parties.

ARTICLE 9 : RESPONSABILITES

La Commune assure sous sa responsabilité exclusive la conception, la réalisation et l'entretien des aménagements sur le Domaine public départemental, objet de la convention.

Elle s'engage à souscrire à toutes les polices d'assurances nécessaires pour garantir sa responsabilité civile notamment.

La responsabilité du Département ne pourra en aucun cas être recherchée.

Le Commune fait son affaire personnelle de tous les risques et litiges pouvant provenir de l'occupation et de l'utilisation du Domaine public départemental, objet de la présente convention.

Elle est donc responsable vis-à-vis des tiers et du Département de tous les accidents et dommages pouvant survenir à l'occasion des travaux d'aménagement et d'entretien dans le cadre des domaines de compétences définis dans la présente convention.

ARTICLE 10 : RESILIATION

En cas de non-respect de la Commune des engagements inscrits dans la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit sans indemnité par le Département aux frais et risques de la Commune, à l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure, restée en tout ou partie infructueuse.

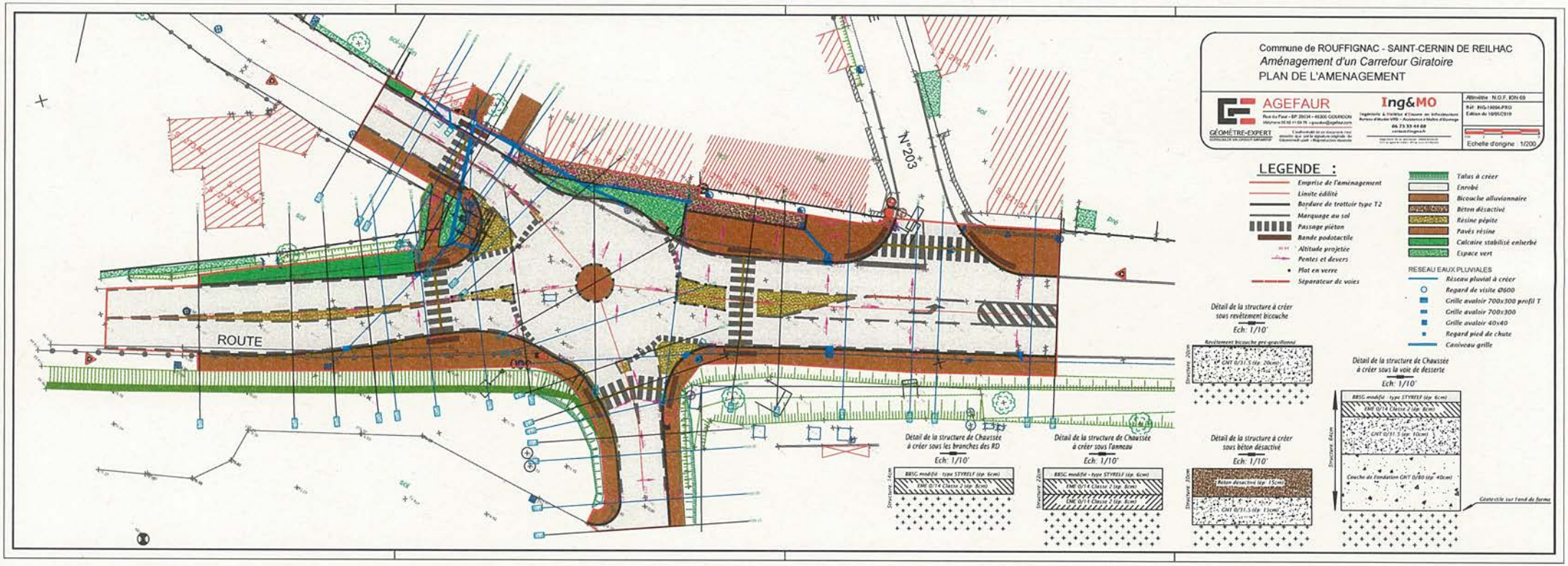
ARTICLE 11 : REGLEMENT DE LITIGES

En cas de litige pour l'application de la présente convention, si un accord amiable ne pouvait intervenir entre les parties signataires, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

La présente convention est établie en deux exemplaires originaux.

Fait à PERIGUEUX, le

Pour le Département de la Dordogne, le Président du Conseil départemental,	Pour la Commune de ROUFFIGNAC-SAINT-CERNIN-DE-REILHAC, le Maire,
Germinal PEIRO	Raymond MARTY


Commune de ROUFFIGNAC - SAINT-CERNIN DE REILHAC
Aménagement d'un Carrefour Giratoire
PLAN DE L'AMENAGEMENT
AGEFAUR
GÉOMÈTRE-EXPERT
Ing&MO
Altimétrie : N.G.F. IGN 69
Réf. IHG-18004.PRO
Edition du 10/05/2019
Echelle d'origine : 1/200
ROUTE
N°203
LEGENDE :
Emprise de l'aménagement
Limite édilité
Bordure de trottoir type T2
Marquage au sol
Passage piéton
Bande podotactile
Altitude projetée
Pentes et devers
Plot en verre
Séparateur de voies
Talus à créer
Enrobé
Bicouche alluvionnaire
Béton désactivé
Résine pépite
Pavés résine
Calcaire stabilisé enherbé
Espace vert
RESEAU EAUX PLUVIALES
Réseau pluvial à créer
Regard de visite Ø600
Grille avaloir 700x300 profil T
Grille avaloir 700x300
Grille avaloir 40x40
Regard pied de chute
Caniveau grille
Détail de la structure à créer sous revêtement bicouche
Ech: 1/10'
Détail de la structure de Chaussée à créer sous les branches des RD
Ech: 1/10'
Détail de la structure de Chaussée à créer sous l'anneau
Ech: 1/10'
Détail de la structure à créer sous béton désactivé
Ech: 1/10'
Détail de la structure de Chaussée à créer sous la voie de desserte
Ech: 1/10'
Géotextile sur fond de forme

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1935e14fcd9a-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.25

Route départementale n° 113.
Commune de COULOUNIEIX-CHAMIERS.
Réalisation d'un chemin d'accès commun à la Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités (DPRPM) et au Lycée Agricole "LA PEYROUSE" entre le Département de la Dordogne et la Région Nouvelle-Aquitaine.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.25

Route départementale n° 113.
Commune de COULOUNIEIX-CHAMIERS.
Réalisation d'un chemin d'accès commun à la Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités (DPRPM) et au Lycée Agricole "LA PEYROUSE"
entre le Département de la Dordogne et la Région Nouvelle-Aquitaine.

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 la Région Nouvelle-Aquitaine, en vue de fixer les modalités techniques, administratives et financières selon lesquelles le Département réalise les travaux et de lui permettre de percevoir le Fonds de Compensation de la Taxe sur la Valeur Ajoutée en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter cette convention, au nom et pour le compte du Département ainsi que tout document afférent à sa mise en œuvre.

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.IX.25 du 16 décembre 2019.

CONVENTION DE CO-MAITRISE D'OUVRAGE N°

ROUTE DEPARTEMENTALE N° 113
COMMUNE DE COULOUNIEIX-CHAMIERS
REALISATION D'UN ACCES COMMUN A LA DIRECTION DU PATRIMOINE ROUTIER, PAYSAGER ET DES MOBILITES et AU LYCEE AGRICOLE « LA PEYROUSE »

ENTRE

Le Département de la Dordogne sis 2, rue Paul Louis Courier - CS11200 - 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.IX. en date du 16 décembre 2019,

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

ET

La Région Nouvelle-Aquitaine sise 14, rue François de Sourdis - 33077 BORDEAUX CEDEX, représentée par le Président du Conseil régional, agissant en vertu de la délibération n° de la Commission Permanente du Conseil régional du ,

Ci-après dénommée « La Région »,
D'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE :

La Direction du Patrimoine Routier, Paysager et des Mobilités (DPRPM) située à COULOUNIEIX-CHAMIERS dispose d'un accès à son bâtiment depuis la Route départementale n° 113 (RD 113).

Le Lycée Agricole de « LA PEYROUSE », représenté par la Région Nouvelle-Aquitaine dispose d'un accès depuis la RD 113 pour accéder à plusieurs entités rattachées au Lycée : exploitation palmipèdes (élevage et gavage), atelier de transformation, boutique gourmande, méthaniseur, livraisons pour la cantine scolaire et gymnase.

Ces deux accès sont situés à proximité immédiate l'un de l'autre et ne disposent, ni pour l'un ni pour l'autre, de conditions de sécurité et de visibilité favorables.

La Région Nouvelle-Aquitaine a envisagé d'entreprendre des travaux au niveau de son accès, notamment pour sécuriser les différentes dessertes des entités précitées et éviter ainsi les conflits d'usage, notamment avec les élèves du Lycée qui transitent autour de ces entités.

L'accès de la DPRPM n'étant pas sécurisé, il a été envisagé la création d'un unique accès, qui serait commun aux différentes entités, et aux deux Parties précitées, et dont les conditions de sécurité et de visibilité seraient optimales.

La réalisation de ces travaux imbriqués relevant simultanément de la compétence de plusieurs Maîtres d'ouvrage, ces derniers ont souhaité désigner, pour des raisons d'efficience, celui d'entre eux qui assurera la maîtrise d'ouvrage de l'opération.

Ceci étant exposé, il a été convenu ce qui suit.

ARTICLE 1ER : OBJET DE LA CONVENTION

La Région et le Département, décident de confier au Département, la Maîtrise d'Ouvrage Unique des travaux relatifs à la création d'un accès commun au Lycée Agricole « LA PEYROUSE » et à la DPRPM, conformément aux dispositions de l'article L2422-12 du Code de la Commande Publique relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

La présente convention vaut autorisation d'occupation temporaire par la Région au bénéfice du Département des emprises nécessaires aux travaux objet de la présente et pour la durée desdits travaux.

ARTICLE 2 : PROGRAMME ET ENVELOPPE FINANCIÈRE PRÉVISIONNELLE – CALENDRIER PREVISIONNEL

2.1 Programme

L'opération a pour objectif la réalisation d'un accès commun au Lycée Agricole « LA PEYROUSE » et à la DPRPM, conformément au plan annexé.

Ces travaux comprennent :

- la réalisation d'un accès commun DPRPM – Lycée,
- la réalisation des voiries de desserte interne (exploitation palmipèdes (élevage et gavage), atelier de transformation, boutique gourmande, méthaniseur, livraisons pour la cantine scolaire, gymnase, DPRPM...),
- la réalisation d'une rampe d'accès aux PMR (Personnes à Mobilité Réduite) au droit du gymnase,
- la reprise des enrobés routiers devant la boutique gourmande,
- la réalisation d'enrobés routiers sur la voirie de desserte existante (Méthaniseur et Pôle Paysage),
- les adaptations du parking de la DPRPM pour assurer les livraisons, notamment Poids Lourds,

- la création de nouvelles places de stationnement pour la DPRPM en compensation des places perdues dans le cadre de la création de l'accès unique,
- la signalétique et la signalisation verticale,
- la signalisation horizontale,
- l'adaptation des réseaux eaux pluviales.

L'adaptation nécessaire des autres réseaux reste à la charge du Propriétaire de ces réseaux (la Région ou du Département) et devra être réalisée avant le démarrage des travaux.

2.2 Enveloppe prévisionnelle

L'enveloppe financière prévisionnelle des travaux pour cette opération s'élève à 264.000 € TTC.

2.3 Calendrier prévisionnel

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

Etudes :

ETUDES	CALENDRIER prévisionnel
Etudes de projet (AVP, PRO)	2019

Travaux :

TRAVAUX	CALENDRIER prévisionnel
Opération globale	2ème trimestre 2020

Le Département s'engage à respecter le programme, le calendrier et l'enveloppe financière prévisionnelle des travaux objet de la maîtrise d'ouvrage unique, sauf, précisions, adaptations et modifications mineures et sous réserve de la libération préalable des emprises par la Région (adaptation des réseaux eaux usées notamment) et de l'obtention des autorisations administratives éventuelles.

Le Département s'engage à réaliser ces travaux avant la date limite du 31 décembre 2020.

ARTICLE 3 : CONTENU DE LA MISSION DU DEPARTEMENT

La mission du Département en tant que Maître d'ouvrage unique porte sur les éléments suivants :

- les études géotechniques et les levés topographiques éventuels,
- les études de projet (AVP, PRO),
- la coordination avec les concessionnaires de réseaux,
- définition des conditions administratives et techniques selon lesquelles les travaux seront réalisés,
- déclarations préalables nécessaires (DT, ...) et investigations complémentaires éventuelles,
- missions de maîtrise d'œuvre associées à la phase travaux :
    - ACT (assistance à la passation des contrats)
    - VISA (visa des dossiers d'exécution de l'entreprise)
    - DET (Direction de l'Exécution des Travaux)
    - OPC (Ordonnancement, Pilotage et Coordination)
    - AOR (Assistance aux Opérations de Réception)
- choix des entreprises avec attribution par la Commission des Marchés ou la Commission d'Appel d'Offres du Département,
- organisation, passation et gestion des contrats (marchés et conventions),
- notification à la Région du coût prévisionnel des travaux tel qu'il ressort du ou des marchés attribués,
- direction, contrôle et réception des travaux sous réserve de l'accord préalable de la Région,
- gestion administrative, financière et comptable du Programme des travaux, l'ordonnancement et la liquidation des dépenses,
- échanges avec les intervenants et les riverains au projet,
- engagement de toute action en justice et la défense dans le cadre de tout litige avec les Entrepreneurs, Maîtres d'œuvre et Prestataires intervenant dans l'opération avec l'accord de la Région, étant entendu que les condamnations et indemnités seront assurées par les responsables identifiés,
- mise en œuvre des garanties afférentes à l'opération,

et, plus généralement, prendre toute mesure nécessaire à l'exercice de sa mission.

ARTICLE 4 : REMUNERATION DU MAÎTRE D'OUVRAGE DESIGNE

La maîtrise d'ouvrage assurée par LE DEPARTEMENT au titre de l'article 1er de la présente convention est exercée à titre gracieux.

ARTICLE 5 : MODE DE FINANCEMENT DE L'OPERATION

Le coût total prévisionnel de l'opération s'établit comme suit :

- Travaux sous maîtrise d'ouvrage unique du Département : 264.000 € TTC.

5.1 Dispositions financières

Le Département fait l'avance de l'intégralité du montant prévisionnel des dépenses TTC liées aux travaux et études afférentes.

La Région valide la répartition des dépenses telle que détaillée dans le tableau suivant :

			REGION		DEPARTEMENT	
	Montant TTC	Montant HT	Taux de participation envisagé	Participation sur la base du montant HT	Taux de participation envisagé	Participation sur la base du montant HT
Accès commun (y compris voirie de desserte respectives Lycée DPRPM)	165.000 €	137.500 €	75%	103.125 €	25%	34.375 €
Reprise des enrobés devant boutique + méthaniseur	20.000 €	16.666,67 €	50%	8.333,33 €	50%	8.333,33 €
Reprise des enrobés PPEV	13.000 €	10.833,33 €	0%	0 €	100%	10.833,33 €
Création de nouveaux stationnements DPRPM	50.000 €	41.666,67 €	0%	0 €	100%	41.666,67 €
rampe d'accès gymnase PMR	9.000 €	7.500 €	100%	7.500 €		0 €
panneaux + totem	7.000 €	5.833,33 €	50%	2.916,67 €	50%	2.916,67 €
TOTAL	**264.000 €**	**220.000 €**		**121.875 €**		**98.125 €**

5.2 Paiement

La Région se libérera des sommes dues, en une seule fois, de la manière suivante à l'issue de la réception des travaux et sur présentation :

- du décompte général définitif précisant le montant HT des travaux effectivement réalisés sur la base des pourcentages de participation précisés dans le tableau détaillé au paragraphe 5.1 ,
- des copies des factures acquittées.

L'ensemble des documents sera daté et signé par le représentant du Département.

Le Comptable assignataire du paiement est le Payeur Régional Nouvelle-Aquitaine.

Estimation du coût maximal à charge de la Région : 121.875 €

La Région versera au Département les participations financières qui lui incombent dans **un délai maximum d'un mois** à compter de la date de mise en recouvrement qui lui sera faite par le Payeur départemental de la Dordogne.

Les fonds seront versés pour le compte du Département, à :

- Trésorerie : Paierie Départementale

Compte n° C2420000000 Clé RIB 43

5.3 Modalités de remboursement

La Région exigera le remboursement de tout ou partie de la participation s'il apparaît au terme des opérations de contrôle telles que prévues à l'article 6 de la présente convention que :

- Celle-ci a été partiellement utilisée ou utilisée à des fins non conformes à l'objet des présentes,
- Les obligations prévues dans la présente convention et auxquelles doit s'astreindre le Département n'ont pas été respectées.

Le remboursement de la participation est demandé par émission d'un titre de recette, dont le recouvrement est à la charge du Payeur Régional. Au préalable, un courrier d'information est adressé au Département explicitant les motifs et considérations justifiant son remboursement.

5.4 Rémunération du Département

Le Département ne percevra aucune autre rémunération pour l'exercice de sa mission de Maître d'ouvrage unique que celles prévues aux articles 4 et 5 de la présente.

5.5 FCTVA

Il est établi qu'en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, les travaux réalisés par le Département sont éligibles au Fonds de Compensation pour la Taxe sur la Valeur Ajoutée (FCTVA).

Le FCTVA sera appliqué en fonction du coût réel des prestations jusqu'à concurrence du montant des marchés (avenants compris).

En conséquence, le Département fera son affaire de récupération du FCTVA pour les travaux réalisés pour son compte.

ARTICLE 6 : CONTRÔLE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE

La Région se réserve le droit d'effectuer à tout moment les contrôles techniques et administratifs qu'elle estime nécessaires.

6.1. Obligations d'information générale.

Le Département doit tenir informé la Région, dans les plus brefs délais, de tout événement survenant tant dans sa situation, notamment juridique, que dans celle de l'opération.

Ainsi, il s'engage à informer la Région de toute modification dans le déroulé de l'opération, notamment toute modification des données financières et techniques.

6.2. Passation des marchés publics.

La Région est notifiée du rapport d'analyse des offres. Le choix du ou des titulaires des marchés publics appartient à la Commission des marchés ou d'Appel d'Offres du Département.

6.3. Modalités de contrôle

Les phases suivantes (ACT – VISA et AOR) devront faire l'objet d'une information par le Département à la Région.

Avant la fin de chaque phase, le Département adresse à la Région le projet de dossier (PRO, DCE, PV de Réception).

La Région dispose d'un délai de 15 jours à compter de la date de réception du dossier pour faire connaitre ses observations. L'absence de réponse est considérée comme un accord tacite

La Région se réserve le droit d'effectuer à tout moment les contrôles techniques et administratifs qu'elle estime nécessaires.

Ce contrôle sur pièces et sur place, peut être exercé par toute personne dûment mandatée par le Président du Conseil Régional, en cours de réalisation de l'opération et après achèvement des travaux.

A ce titre, le Département s'engage d'une part à remettre, sur simple demande de la Région tout document comptable et administratif nécessaire à la réalisation du contrôle financier, d'autre part, à laisser l'accès à ses locaux pour les besoins de celui-ci.

ARTICLE 7 : REMISE D'OUVRAGE ET TRANSFERT DE GESTION

7.1 Foncier

Les travaux relatifs à l'opération seront réalisés sur le domaine public et/ou privé des deux Collectivités.

7.2 Remise d'ouvrage

Les travaux réalisés sur l'emprise du domaine de la Région font l'objet d'une visite technique organisée par le Département. Les représentants du Département et de la Région assisteront à cette visite technique. Un Procès-verbal de remise d'ouvrage, sera établi et fixera un état des lieux contradictoire de l'ouvrage réalisé. Un Procès-verbal de remise d'ouvrage qui pourra être assorti éventuellement de réserves si des travaux de parachèvement s'avèrent nécessaires, constatera le transfert des aménagements réalisés, du Département à la Région.

7.3 Transferts de propriété

Les occupations foncières actuelles de la Région et du Département ainsi que celles qui découleront des travaux prévus dans cette convention nécessitent des régularisations.

La Région et le Département conviennent des transferts de propriété à réaliser, selon les principes du plan ci-annexé. La limite séparative définitive entre les deux Collectivités sera définie sur la base du Plan de récolement et d'un levé terrestre éventuel.

Egalement, la Région accepte dès à présent qu'une servitude de passage soit concédée sur sa propriété au bénéfice de la propriété départementale comme représenté sur le plan joint. L'entretien futur de l'assiette de la servitude se réalisera d'un commun accord entre les Parties (sur la demande de la Partie la plus diligente) et les modalités de financement de cet entretien sont réparties à hauteur de 75 % pour la Région et 25 % pour le Département.

La Région s'engage dès à présent à faire modifier le périmètre du Domaine Public, affecté à l'enseignement secondaire, des parcelles assiette du Lycée et de ses annexes, conformément aux principes énoncés dans le plan joint à la présente.

A l'achèvement des travaux, le Département et la Région s'engagent à réaliser les démarches administratives nécessaires aux transferts de propriété (délibérations).

Le Département prendra à sa charge la réalisation des documents d'arpentage et la rédaction des actes de vente en la forme administrative liés à ces régularisations foncières.

7.4 La garantie de parfait achèvement

Pendant le délai de garantie d'un an à dater de la réception définitive des travaux, le Département mettra en œuvre la garantie de parfait achèvement, si nécessaire.

Les désordres feront l'objet, de la part de la Région soit de réserves mentionnées au Procès-verbal de remise d'ouvrage, soit pendant la durée du délai de garantie, de notifications écrites pour ceux révélés postérieurement à la remise d'ouvrage ou au transfert de gestion.

La garantie ne s'étend pas aux travaux nécessaires pour remédier aux effets de l'usure normale ou de l'usage des aménagements.

ARTICLE 8 : ACHEVEMENT DE LA MISSION DU DEPARTEMENT

La mission du Département prend fin par le quitus délivré par la Région ou par la résiliation de la présente convention.

Le quitus décharge le Département de toute responsabilité envers la Région à raison des conditions dans lesquelles sa mission a été exécutée et des désordres susceptibles d'affecter les travaux réalisés en exécution de celle-ci.

Le quitus est délivré à la demande du Département, par lettre recommandée avec accusé de réception, après exécution complète de ses missions et notamment :

- réception des prestations et levée des réserves de réception,

- mise à disposition des prestations par la remise des dossiers complets comportant tous documents contractuels, techniques, administratifs, relatifs aux prestations,

- établissement du décompte général et définitif des études, des travaux et acceptation par la Région.

La Région devra notifier au Département sa décision dans un délai de quatre mois suivant la réception de la demande de quitus. Le défaut de réponse vaut quitus.

ARTICLE 9 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prendra effet à compter du jour de la signature de la dernière des Parties.

La présente convention prendra fin à la dernière date entre, la liquidation complète des dépenses et des participations et la fin du délai de garantie de parfait achèvement.

ARTICLE 10 : MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification éventuelle d'une ou plusieurs des clauses de la présente convention, décidée d'un commun accord entre les Parties, fera l'objet de la passation d'un avenant à l'exception des modifications relatif au calendrier prévisionnel établi à l'article 2.3 de la présente convention.

ARTICLE 11 : RESILIATION-INDEMNITE

La présente convention pourra être résiliée de plein droit par l'une des Parties en cas d'inexécution par l'autre Partie d'une ou plusieurs des obligations de la présente convention.

La résiliation de la présente convention prendra effet un mois après l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception exposant les ou les motifs.

La résiliation de la présente convention n'ouvre pas droit à indemnité de résiliation au profit de l'une ou l'autre Partie.

Toutes les sommes et prestations engagées par le Département restent dues par la Région sur la base des répartitions prévues à l'article 5.1.

ARTICLE 12 : LITIGES

En cas de litige pour l'application de la présente convention, si un accord ne pouvait intervenir entre les parties signataires, les litiges relèveront de la compétence exclusive du Tribunal Administratif de Bordeaux.

La présente convention est établie en deux exemplaires originaux.

Fait à PERIGUEUX, le

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

Germinal PEIRO

Pour la Région Nouvelle-Aquitaine,

COULOUNIEIX CHAMIERS
ACCES UNIQUE LYCEE AGRICOLE - DPRPM



Ech: 1/750e

02-12-2019

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1935d14fcd99-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.26

Avenant n° 2 à la convention n° 2016-056 de co-maîtrise d'ouvrage pour la réalisation des travaux relatifs aux sections prioritaires du Programme d'aménagement des itinéraires alternatifs sur le territoire de l'agglomération de PERIGUEUX entre le Département de la Dordogne et la Communauté d'Agglomération du GRAND PERIGUEUX.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Serge MERILLOU	pouvoir à	Jean-Michel MAGNE
Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS			

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.26

Avenant n° 2 à la convention n° 2016-056 de co-maîtrise d'ouvrage pour la réalisation des travaux relatifs aux sections prioritaires du Programme d'aménagement des itinéraires alternatifs sur le territoire de l'agglomération de PERIGUEUX entre le Département de la Dordogne et la Communauté d'Agglomération du GRAND PERIGUEUX.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

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

VU la convention n° 2016/056 et son avenant n° 1 2017/031 pour la réalisation des travaux relatifs aux sections prioritaires du Programme d'aménagement des itinéraires alternatifs sur le territoire de l'agglomération de PERIGUEUX des 13 septembre 2016 et 11 août 2017,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE l'avenant n° 2 ci-annexé, à la convention conclue entre le Département de la Dordogne et la Communauté d'Agglomération LE GRAND PERIGUEUX susvisée, en vue de fixer les modalités techniques, administratives et financières selon lesquelles le Département est autorisé à réaliser les travaux d'aménagement de nouvelles sections d'itinéraires alternatifs prioritaires.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter cet avenant n° 2, au nom et pour le compte du Département ainsi que tout document afférent à sa mise en œuvre.

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.IX.26 du 16 décembre 2019.

AVENANT N° 2 A LA CONVENTION n° 2016/056

CONVENTION DE CO-MAÎTRISE D'OUVRAGE
POUR LA REALISATION DES TRAVAUX RELATIFS AUX SECTIONS PRIORITAIRES DU PROGRAMME D'AMENAGEMENT DES ITINERAIRES ALTERNATIFS SUR LE TERRITOIRE DE L'AGGLOMERATION DE PERIGUEUX

Entre

Le Département de la Dordogne sis 2, rue Paul Louis Courier - CS11200 - 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.IX. du 16 décembre 2019,

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

Et

LE GRAND PERIGUEUX, Communauté d'Agglomération sis 1, Boulevard Lakanal - BP 70171 - 24019 PERIGUEUX Cedex, représenté par le Président, M. Jacques AUZOU, agissant en vertu de la délibération du Conseil communautaire n° DD043-2019 en date du 26 avril 2019,

Ci-après dénommé « Le GRAND PERIGUEUX »,
D'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

PREAMBULE :

Par convention signée le 3 juillet 2015, LE GRAND PERIGUEUX et le DEPARTEMENT ont convenu des modalités de conduite du Programme d'études routières d'itinéraires de contournement de l'agglomération périgourdine.

Ces itinéraires dits « itinéraires alternatifs », au nombre de quatre sont constitués de Routes départementales et de Voies communales, permettant aux véhicules légers de contourner l'agglomération périgourdine.

A l'issue de l'étude de faisabilité réalisée dans le cadre de la convention du 3 juillet 2015 restituée par le Département et au vu de celle-ci, par délibération du Conseil communautaire du 17 décembre 2015, LE GRAND PERIGUEUX a priorisé les 4 sections d'itinéraires suivantes :

- SAINT-LAURENT-SUR-MANOIRE / Entrée Est d'ATUR ;
- Marival à MARSAC-SUR-L'ISLE / Les 4 routes à COULOUNIEIX-CHAMIERS ;
- Paumarélie / Le Pouyaud à TRELISSAC ;
- Traverse du Bourg de CORNILLE + section entre la RD8 et l'entrée Sud de CORNILLE.

Ces sections prioritaires ne concernent que de la voirie communautaire.

La convention n° 2016/056 et son avenant n° 1 2017/031 pour la réalisation des travaux relatifs aux sections prioritaires du Programme d'aménagement des itinéraires alternatifs sur le territoire de l'agglomération de PERIGUEUX ont ainsi été signés respectivement le 13 septembre 2016 et le 11 août 2017. Ils ont pour objet de confier, au DEPARTEMENT, et selon les dispositions de l'article 2.II de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985, la maîtrise d'ouvrage unique du Programme de travaux routiers.

A ce jour, les opérations suivantes ont été réalisées :

- SAINT-LAURENT-SUR-MANOIRE / Entrée Est d'ATUR ;
- Paumarélie / Le Pouyaud à TRELISSAC ;
- Traverse du Bourg de CORNILLE + section entre la RD8 et l'entrée Sud de CORNILLE.

A la demande de la Communauté d'agglomération du GRAND PERIGUEUX, il convient de compléter cette convention et son avenant, afin :

- d'y intégrer les travaux d'aménagement de la section comprise entre le carrefour des 4 routes (RD2) et la fin de la section urbanisée en direction du lieu-dit « Moulin à vent » sur 500 m linéaires à compter du carrefour de la RD2, à BOULAZAC-ISLE-MANOIRE (ATUR), sur l'itinéraire Sud Est,
- d'y intégrer le carrefour entre l'itinéraire alternatif et la Route départementale n° 69 sur les Communes de AGONAC, SORGES-LIGUEUX et CORNILLE,
- de réajuster le calendrier prévisionnel de réalisation des travaux,
- de réajuster les estimations prévisionnelles de travaux et l'enveloppe financière prévisionnelle de travaux.

ARTICLE 1er :

L'article 2nd - « PROGRAMME ET ENVELOPPE FINANCIÈRE PRÉVISIONNELLE – CALENDRIER PREVISIONNEL » de la convention n° 2016/056 du 13 septembre 2016, est modifié ainsi qu'il suit :

2.1 - Programme

Le Programme consiste en l'aménagement des 4 sections routières prioritaires du programme d'itinéraires alternatifs et ce, conformément aux orientations techniques définies dans l'étude de faisabilité établie par le DEPARTEMENT dans le cadre de la convention n° 2015/073 du 3 juillet 2015 et présentée et remise au GRAND PERIGUEUX le 5 septembre 2015 :

- Itinéraire 1 - Sud-Est : section SAINT-LAURENT-SUR-MANOIRE / Entrée Est d'ATUR + section comprise entre le carrefour des 4 routes (RD2) et la fin de la section urbanisée en direction du lieu-dit « Moulin à vent » sur 500 m linéaires à compter du carrefour de la RD2, à BOULAZAC-ISLE-MANOIRE (ATUR).
- Itinéraire 2 - Sud-Ouest : section Marival à MARSAC-SUR-L'ISLE / Les 4 routes à COULOUNIEIX-CHAMIERS.
- Itinéraire 3 - Nord-Est : traverse de CORNILLE + section comprise entre la RD8 et l'entrée Sud du bourg de CORNILLE + aménagement du carrefour avec la Route départementale n° 69 à AGONAC, CORNILLE et SORGES-LIGUEUX.
- Itinéraire 4 - Nord : section Paumarélie – Le Pouyaud à TRELISSAC.

Les travaux consistent en :

- les diagnostics et fouilles archéologiques préventives éventuelles avec l'appui du Service Départemental de l'Archéologie,
- la reconnaissance et le déplacement des réseaux,
- les travaux de terrassements, d'ouvrages d'art, de rétablissement des communications, de chaussées, d'équipements et de signalisation,
- les aménagements paysagers,
- les mesures compensatoires éventuelles au titre de l'environnement,
- les travaux connexes (dépôts, installations, remises en état).

2.2 - Enveloppe prévisionnelle des travaux

L'enveloppe financière prévisionnelle des travaux de ces sections prioritaires s'élève à : 9.730.000 € TTC selon détail suivant :

- Saint Laurent sur Manoire / Entrée Est d'Atur : 1.600.000 € TTC
- Marival / Les 4 routes à Coulounieix : 3.600.000 €TTC
- Paumarélie – Le Pouyaud : 2.000.000 € TTC

- Traverse du Bourg de Cornille : 1.100.000 € TTC
- RD 8 – Entrée Sud du bourg de Cornille 230.000 € TTC
- Carrefour des 4 routes (RD2) + section urbanisée 500.000 € TTC
- Carrefour RD69 700.000 € TTC

Le DEPARTEMENT et LE GRAND PERIGUEUX s'engagent à respecter le programme et l'enveloppe financière prévisionnelle des travaux, sauf précisions, adaptations et modifications mineures acceptées par les deux Maîtres d'ouvrage.

2.3 - Calendrier prévisionnel

Calendrier prévisionnel

Le calendrier prévisionnel des travaux est le suivant sous réserve de la libération préalable des emprises (acquisitions amiables et adaptation des réseaux)

SECTION	DUREE PREVISIONNELLE DES TRAVAUX	PROGRAMMATION
Section Paumarélie – Le Pouyaud		
Phase 1 Giratoire de Paumarélie + Paumarélie / La Chaumardie	8 mois	Février à Octobre 2017
Phase 2 La Chaumardie / Le Pouyaud	4 mois	Février à Juin 2018
Section SAINT LAURENT / MANOIRE Entrée Est d'ATUR		
Phase 1 Pont A89/ Entrée Est d'ATUR	5 mois	Juin 2018
Phase 2 ST LAURENT SUR MANOIRE / pont A89	1 mois	Septembre 2018 à Avril 2019
Phase 3 carrefour des 4 Routes + section urbanisée	5 mois	2020
Section Marival / Les 4 routes à COULOUNIEIX-CHAMIERS	*6 mois*	Opération différée

Section RD8 Cornille à RD69		
Traverse de CORNILLE	*4 mois*	Mai à Octobre 2019
RD8 Entrée Sud CORNILLE	*1 mois*	Juillet et Septembre 2017
Carrefour RD69	*3 mois*	2020-2021

ARTICLE 2nd :

L'article 4ème - « MODE DE FINANCEMENT DE L'OPERATION - RÉMUNÉRATION DU DEPARTEMENT » de la convention n° 2016/056 du 13 septembre 2016 est modifié ainsi qu'il suit :

L'intégralité du montant des dépenses engagées par le DEPARTEMENT dans le cadre des travaux de la présente convention ainsi que des prestations de Maîtrise d'Œuvre (MOE) et d'Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO) sera prise en charge en totalité par LE GRAND PERIGUEUX à l'exception de l'opération « aménagement du carrefour avec la Route départementale n° 69 à AGONAC, CORNILLE et SORGES-LIGUEUX » qui fera l'objet d'une participation départementale, s'agissant de travaux sur la Route départementale n° 69, selon les modalités suivantes :

- Participation départementale à hauteur de 2/3 du montant HT ;
- Participation du GRAND PERIGUEUX à hauteur de 1/3 du montant HT.

Ces participations s'appliqueront sur les dépenses externalisées, les prestations de Maîtrise d'Œuvre (MOE), d'Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO) et des dépenses engagées dans le cadre des travaux en lien avec cette opération.

Pour rappel, le coût total prévisionnel du programme des travaux sur les sections prioritaires est de 9.730.000 € TTC.

4.1 - Dispositions financières

Le DEPARTEMENT fait l'avance de l'intégralité du montant prévisionnel des dépenses TTC.

4.2 - Paiement

LE GRAND PERIGUEUX se libérera des sommes dues de la manière suivante :

- sur la base des dépenses externalisées HT réellement exécutées sur présentation d'un décompte trimestriel, déduction faite de la participation HT du Département évoquée ci-dessus concernant le carrefour avec la RD69,

- pour les prestations de MOE et d'AMO à l'issue de la réception des travaux sur les bases suivantes :

- AMO + MOE (ACT-VISA-DET-OPC-AOR) : 4 % du montant HT des travaux, déduction faite de la participation HT du Département évoquée ci-dessus concernant le carrefour avec la RD69.

Le Comptable assignataire du paiement est le Payeur départemental de la Dordogne.

Les fonds seront versés pour le compte du DEPARTEMENT, à :

- Trésorerie : Paierie départementale
- Compte n° C2420000000 Clé RIB 43

4.3 - Rémunération du DEPARTEMENT

Le DEPARTEMENT ne percevra aucune autre rémunération pour l'exercice de sa mission de Maître d'ouvrage unique que celles prévues à l'article 4.2.

4.4 - FCTVA

Il est établi qu'en vertu de l'article L.1615-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, les travaux réalisés par le DEPARTEMENT sur le domaine communal sont éligibles au Fonds de Compensation pour la Taxe sur la Valeur Ajoutée (FCTVA).

Le FCTVA sera appliqué en fonction du coût réel des travaux jusqu'à concurrence du montant des marchés (avenants compris).

Les autres clauses de la convention initiale demeurent inchangées.

Fait en deux exemplaires originaux.

A PERIGUEUX, le

Pour le Département de la Dordogne, le Président du Conseil départemental,	Pour Le Grand Périgueux, le Président,
Germinal PEIRO	Jacques AUZOU

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.27

Déclassement du domaine public routier départemental.
Route départementale n° 710 - Commune de MAZEYROLLES.
Transferts de domanialité.
Route départementale n° 80 - Commune d'ANGOISSE.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.27

Déclassement du domaine public routier départemental.
Route départementale n° 710 - Commune de MAZEYROLLES.
Transferts de domanialité.
Route départementale n° 80 - Commune d'ANGOISSE.

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° 17-136 du 10 février 2017,

VU la délibération du Conseil municipal de la Commune d'ANGOISSE du 8 août 2019,

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

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

CONSTATE la désaffectation et PRONONCE le déclassement, du Domaine public routier pour être intégré au domaine privé du Département, d'un délaissé de voirie non affecté à la circulation publique, en bordure de la Route départementale n° 710, conformément au plan ci-annexé et désigné comme suit :

- un délaissé d'une contenance cadastrale de 37a88ca, sur le territoire de la Commune de MAZEYROLLES, cadastré lieu-dit « Laroque Basse », section B n° 612 (Cf. plan joint en annexe I), en vue de la cession à M. et Mme Michel LEREAU.

PRONONCE le transfert de domanialité des trois anciens tracés de la Route départementale n° 80 situés sur la Commune d'ANGOISSE, aux lieux-dits :

- « la Croix de Malavaud », du PR 11 + 676 au PR 11 + 759, pour un linéaire de voirie de 95 mètres, une largeur moyenne de plateforme de 9 mètres et une surface totale d'emprise de 1.272 m^2, (Cf. plan joint en annexe II),
- « la Clairière de Gratepaille », du PR 12 + 879 au PR 13 + 137, pour un linéaire de voirie de 110 mètres, une largeur moyenne de plateforme de 9 mètres et une surface totale d'emprise de 2.013 m^2, (Cf. plan joint en annexe III),
- « le Pradeau », du PR 12 + 601 au PR 12 + 681, pour une surface totale d'emprise de 2.125 m^2, (Cf. plan joint en annexe IV),

dans le Domaine public routier communal de la Commune d'ANGOISSE, conformément à la délibération du Conseil municipal de la Commune d'ANGOISSE du 8 août 2019.

MODIFIE en conséquence le tableau de classement des Routes départementales de la Dordogne établi au 1er janvier 2017 et validé par la délibération du Conseil départemental n° 17-136 en date du 10 février 2017.

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

Jeannik NADAL



Département de la DORDOGNE
Commune de MAZEYROLLES
Lieu-dit : "Laroque-Basse"

Propriété du
Département de la DORDOGNE

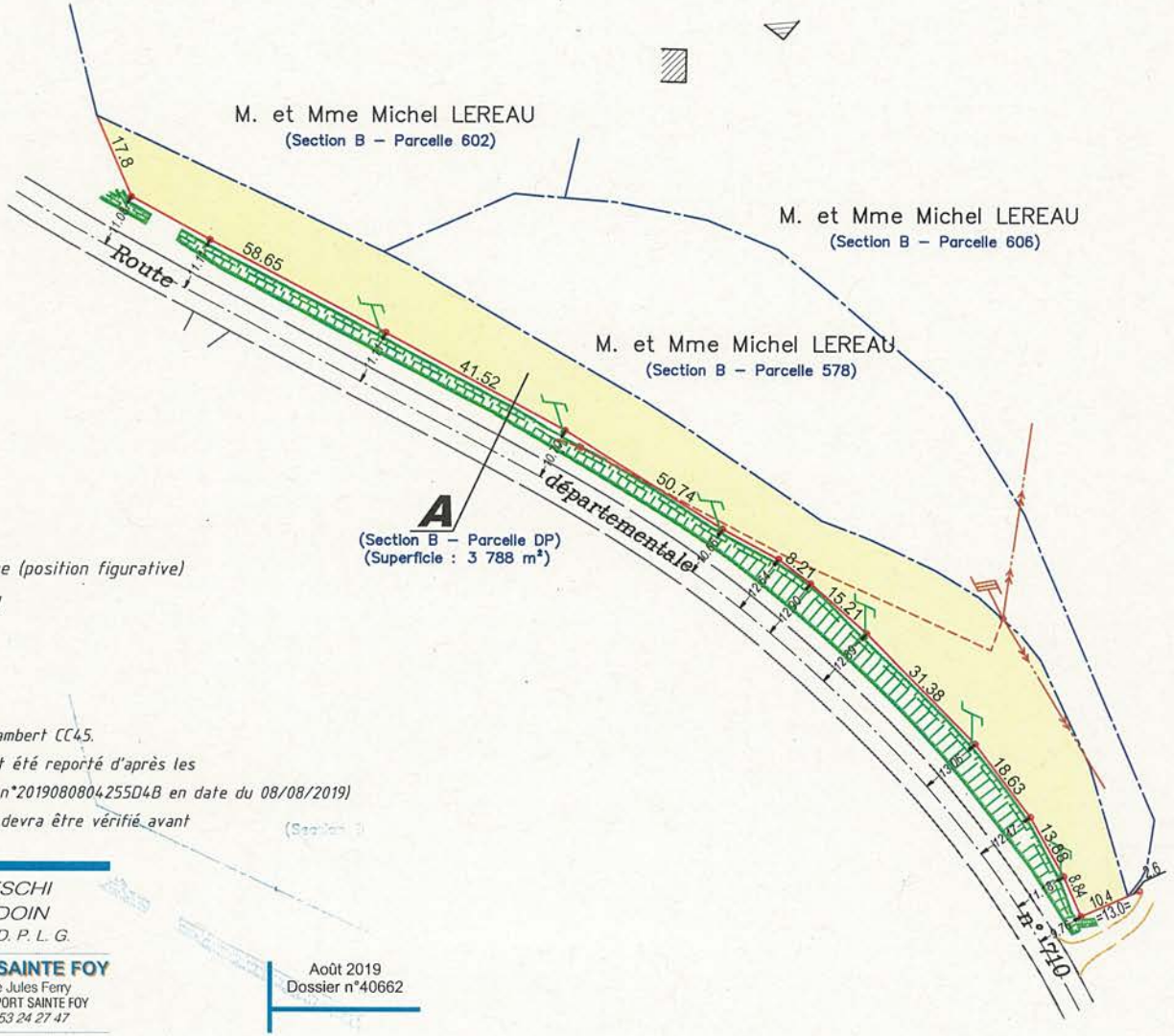
ANNEXE I

PLAN DE DIVISION

Echelle : 1/1 000

Etat parcellaire de la division :

Repère	Détail	Section	Parcelle	Contenance cadastrale	SUPERFICIE REELLE Résultant du bornage
A	Vente par le Département de la DORDOGNE à M. et Mme Michel LERAU	B	DP	37 a 88 ca	3 788 m²



Notas : - Les coordonnées planimétriques sont rattachées en Lambert CC45.
- Le réseau électrique souterrain figuré sur ce plan ont été reporté d'après les indications figurant sur le plan fournis par ENEDIS. (DT n°20190808042550408 en date du 08/08/2019) Leur tracé est donc donné à titre purement indicatif. Il devra être vérifié avant toute exécution de travaux.

GEOVAL
www.geometre-expert-bergerac.fr
Patrick TEDESCHI
Charlie BAUDOIN
Géomètres-Experts D. P. L. G.

BERGERAC
91 rue Waldeck Rousseau
24107 BERGERAC
05 53 27 27 47

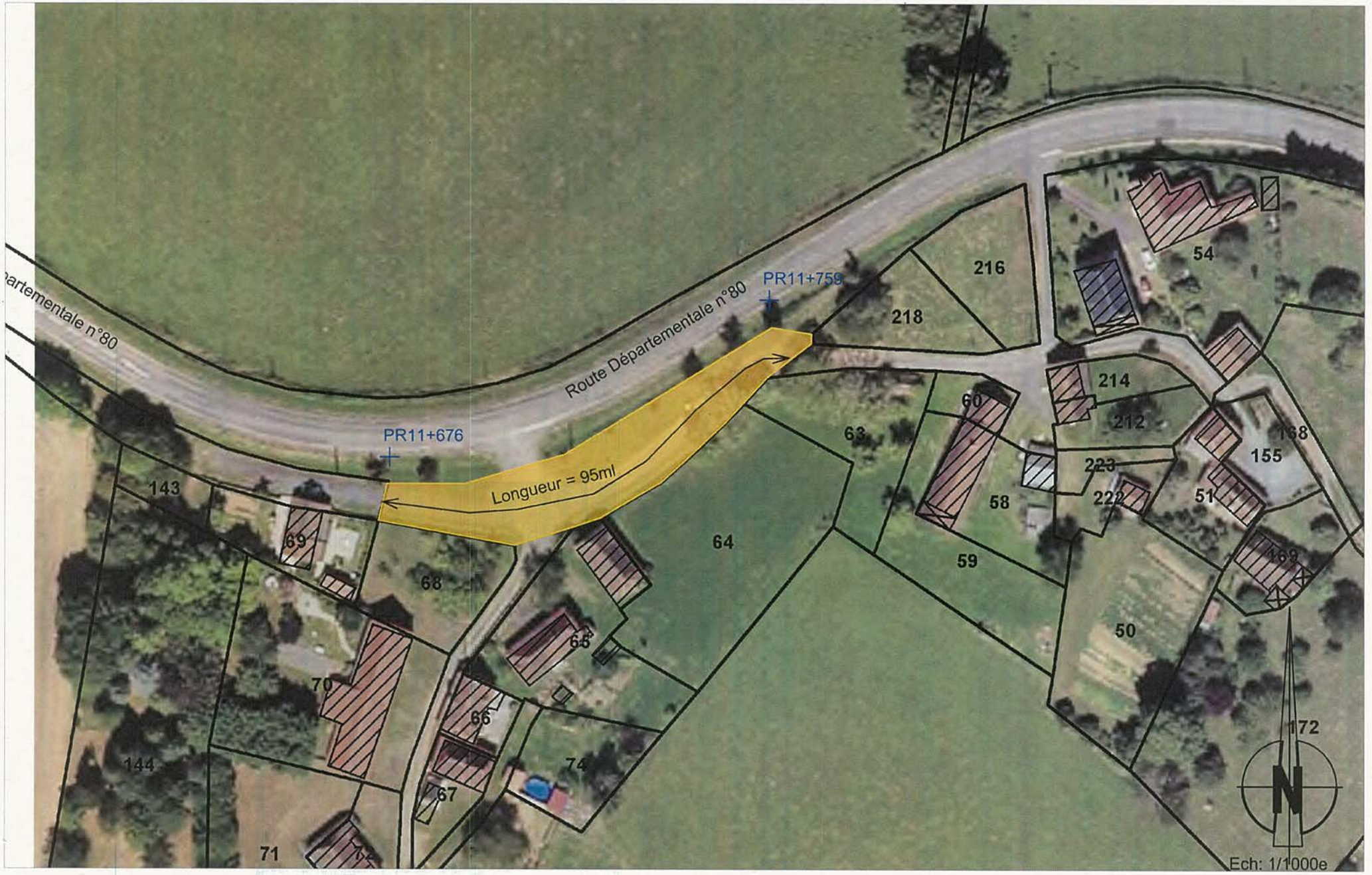
LALINDE
13 rue Claveille
24150 LALINDE
05 53 57 21 47

MONTPON
8 rue Foix de Candalle
24700 MONTPON MENESTEROL
05 53 80 47 47

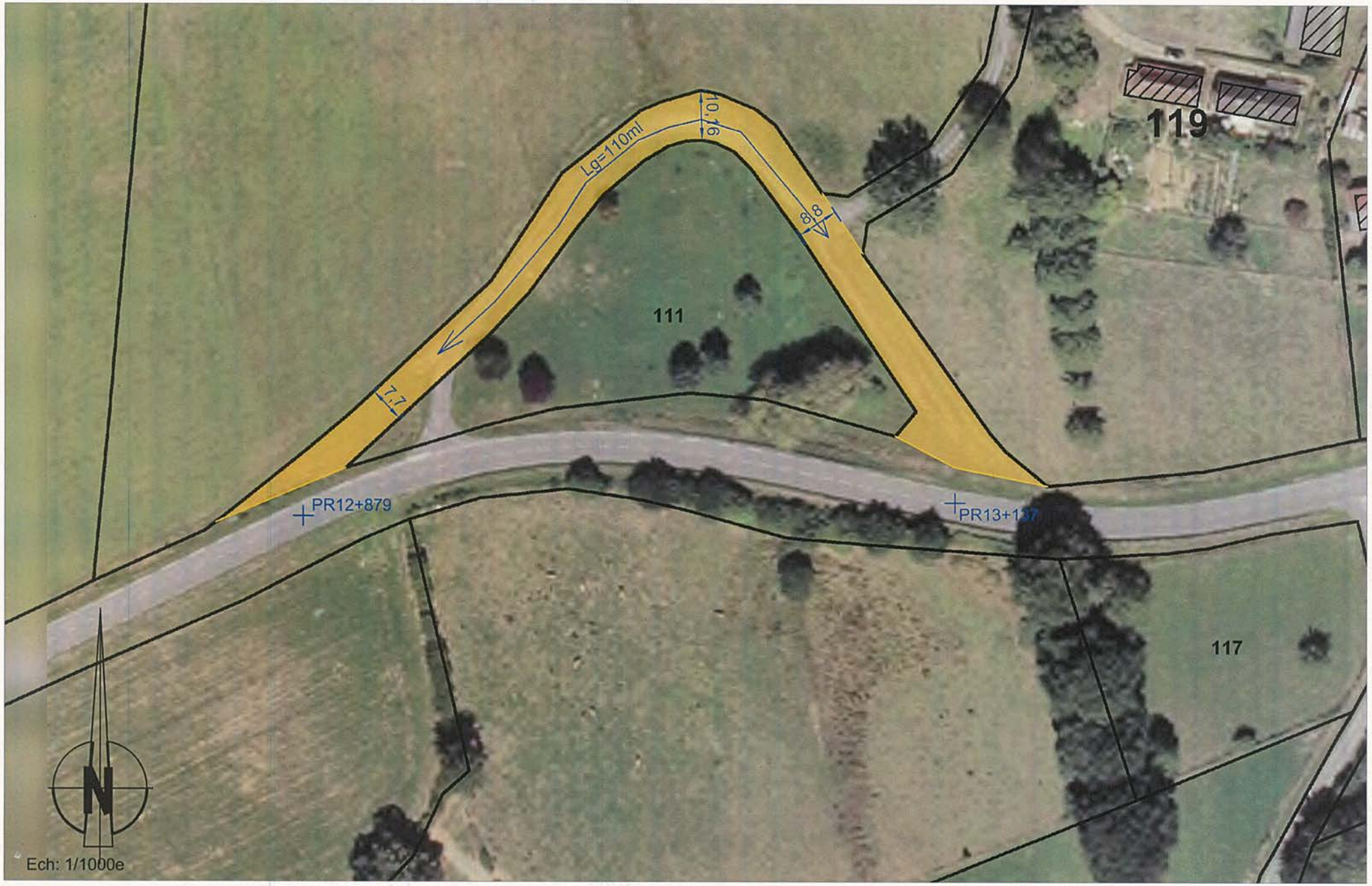
PORT SAINTE FOY
6 rue Jules Ferry
33220 PORT SAINTE FOY
05 53 24 27 47

Août 2019
Dossier n°40662

TRANSFERT DE DOMANIALITE
COMMUNE DE ANGOISSE
Lieu dit "LA CROIX DE MALAVAUD"
ANNEXE II



TRANSFERT DE DOMANIALITE
COMMUNE DE ANGOISSE
Lieu dit "La clairière de gratepaille"
ANNEXE III



TRANSFERT DE DOMANIALITE
COMMUNE DE ANGOISSE
Lieu dit "Le Pradeau"
ANNEXE IV



Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1932a14fcd8e-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.28

Transactions foncières sur le territoire des Communes de COURS-DE-PILE et de MAZEYROLLES.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	Armand ZACCARON	pouvoir à	Marie-Claude VARAILLAS

RAPPORTEUR : Jacques AUZOU

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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.28

Transactions foncières sur le territoire des Communes de COURS-DE-PILE et de MAZEYROLLES.

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° 19.CP.IX.28 du 16 décembre 2019,

VU la demande d'avis domanial du 25 juillet 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 :

Dans le cadre de l'aménagement de la Route départementale n° 37, sur le territoire de la Commune de COURS-DE-PILE, acquisition par le Département, à titre gracieux, d'une parcelle de terrain cadastrée lieu-dit « route de Bergerac » section AC n° 10, d'une contenance de 1a26ca appartenant à la Commune de COURS-DE-PILE.

CESSION PAR LE DEPARTEMENT :

Sur le territoire de la Commune de MAZEYROLLES, suite à l'aménagement de la Route départementale n° 710, cession par le Département à M. et Mme Michel LEREAU, d'une parcelle de terrain cadastrée, Commune de MAZEYROLLES lieu-dit « Laroque Basse » section B n° 612 d'une contenance de 37a88ca moyennant la somme de SEPT CENT CINQUANTE-HUIT EUROS (758 €). Une demande d'avis a été adressée au Service de France Domaine le 25 juillet 2019. Le délai d'un mois s'étant écoulé sans réponse de sa part (article L. 3213-2 du Code Général des Collectivités Territoriales), cet avis est réputé donné.

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,

Jeannik NADAL

Envoi en préfecture le	18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le	18 Décembre 2019
Publié le	18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939714fcdc2-DE	

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.29

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
de COULOUNIEIX-CHAMIERS, VAL-DE-LOUYRE-ET-CAUDEAU et THENON.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.29

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
de COULOUNIEIX-CHAMIERS, VAL-DE-LOUYRE-ET-CAUDEAU et THENON.

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 :

- L'EHPAD du Docteur Jean Gallet à COULOUNIEIX-CAHMIERS, pour la période 2020-2024,

- Les Sociétés par Actions Simplifiées (SAS) « Les Jardins des Hauts de SAINTE-ALVERE » à VAL-de-LOUYRE-et-CAUDEAU et « Les Jardins des Hauts de THENON » à THENON, pour la période 2020-2024.

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

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.IX.29 du 16 décembre 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 du Docteur Jean Gallet – 3 Rue Richelieu – 24 660 COULOUNIEIX CHAMIERS

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT 6

1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat 6

2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 7

3) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM 7

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM 7

3.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM 10

3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence 11

3.4 - Engagements de l'EHPAD Jean GALLET 12

3.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit 12

3.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM 13

3.7 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 14

3.8 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 15

4) Le suivi et l'évaluation du contrat 15

5) Le traitement des litiges 17

6) La révision du contrat 17

7) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM 17

8) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM 18

9) 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 :

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 d'autre part,

L'EHPAD du Docteur Jean Gallet – 24 660 COULOUNIEIX CHAMIERS, établissement public autonome 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, soit Monsieur Thierry BOISSINOT, 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 Âgées 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 du Conseil d'administration de l'EHPAD du Docteur Jean Gallet en date du 08 octobre 2019, approuvant la démarche contractuelle ;

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

VU la décision du 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 règlementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et l'EHPAD Jean Gallet de Coulounieix-Chamiers conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne et l'EHPAD du Docteur Jean Gallet de Coulounieix-Chamiers et repose notamment sur :

- Un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de l'établissement précité ;

- Les obligations respectives de chacun des cocontractants ;
- Des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- Les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficience coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- Les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Numéro FINESS : 24 001 460 5
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : établissement public autonome communal.
- Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : convention de direction commune avec le CH Saint-Astier en date du 31 janvier 2018.
- Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : Hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes.
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : EHPAD « Docteur Jean Gallet ».

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

- Autorisation d'activité liée au contrat : arrêté n° SPAE-11-251 du 21 octobre 2011.
- 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 : 24 000 976 1.

- 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 Docteur Jean GALLET est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil général n°11-251 en date du 21 octobre 2011 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (44 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 avec le CH de Périgueux de 2013 pour faciliter les admissions directes, les consultations externes et les formations des personnels.
- Convention Hospitalisation A Domicile (HAD) du CH de Périgueux du 08 octobre 2009,
- Convention avec l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) du CH de Périgueux du 16 décembre 2015.

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

Le diagnostic initial laisse apparaître des points forts et des axes d'amélioration qui sont classés selon les 5 orientations stratégiques définies par les autorités de tarification :

- Axe n°1 : Parcours et Coordination ;
- Axe n°2 : Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Axe n°3 : Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Axe n°4 : Personnaliser l'accompagnement ;
- Axe n°5 : Performance et Management de la Qualité.

3) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

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

Le financement de l'Ehpad Docteur Jean GALLET entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et règlementaires 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) :

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

Le forfait global soins de l'EHPAD Docteur Jean GALLET 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'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 l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

3.1.3 – La tarification de l'hébergement

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

Ainsi, pour l'EHPAD Docteur Jean GALLET, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit 914 339 € pour la section hébergement (décision tarifaire 19-049 du 28 mars 2019).
Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	148 028 €
Groupe 2 : dépenses de personnels	572 689 €
Groupe 3 : dépenses de structure	260 196 €
Total dépenses	**980 913 €**
- recettes en atténuation	66 574 €
- crédits non reconductibles	0,00 €
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	0,00 €
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	0,00 €
= Dotation globalisée initiale	**914 339 €**

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation suivante :

Tarif N =

Base reconductible des tarifs (dotation globalisée initiale, puis N-1)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

Augmentée ou diminuée des incidences des PPI autorisés

/ activité prévisionnelle

3.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

L'EHPAD Docteur Jean GALLET reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

L'EHPAD Docteur Jean GALLET 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.

3.2 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.

3.3 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 01/01/2020 (en €)**	*Dont forfait global de soins HP*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
240009761	EHPAD Docteur Jean GALLET	556 012,94 €		

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

Finess	**Etablissements**	**Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2019 (en €)**	*Dont forfait global dépendance*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
240009761	EHPAD Docteur Jean Gallet	253 705,35 €	253 705,35 €	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.

3.4.. - Engagements de l'EHPAD Jean GALLET

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).

3.5 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
- L'EHPAD Docteur Jean GALLET 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.

3.6 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 définis 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) A la réserve de couverture du Besoin en Fond de Roulement (BFR).

4) 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 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).

3.7 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.

3.8 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

4) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Le Directeur représentant de l'EHPAD Docteur Jean Gallet.

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

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents

budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

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

❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

  Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

❖ 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.

- 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 du contrat :

En cas de difficultés les parties peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire en cours d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles

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

5) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

6) LA REVISION DU CONTRAT

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

7) LA REVISION DU TERME DE LA (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.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1er janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

9) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

La Directrice de la Délégation Départementale de la Dordogne par intérim

Le Président du Conseil départemental de la Dordogne

Monsieur Thierry BOISSINOT

Directeur EHPAD Docteur Jean Gallet

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**
- **ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM**

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

EHPAD Jean-Gallet

3, rue Richelieu Coulounieix-Chamiers

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 ..... **Erreur ! Signet non défini.**

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM 3

2.2.1. Evaluations internes et externes 3

2.2.2. Coopérations et conventions 4

2.2.3. Politique des ressources humaines 5

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS 7

2.2.5. Innovations en santé 7

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS 7

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 7

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) 7

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord 10

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 10

3.2.1. Activité - EHPAD xxx 10

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD xxx 10

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD xxx 11

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD xxx 13

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD xxx 15

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE 16

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
240014605	EHPAD Jean Gallet	public	44	44	
TOTAL					

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après aont à compléter par l'enaemble dea atructurea, car non iaauea dea 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

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 permettent de mettre en avant les objectifs transversaux communa à l'enaemble dea ESMS du périmètre du CPOM.

2.2.1. Evaluations internes et externes

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

Evaluation interne

EHPAD Jean Gallet M	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
	2014	2019
		2023
		2027

Evaluation externe

EHPAD Jean Gallet	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes

	2014	2024

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

EHPAD Jean Gallet	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		CH de Px
Une équipe mobile de gériatrie		X	Contact pris avec le CH de Px mais pas d'intervention hors les murs du CH Px
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		CH de Px
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Convention avec deux officines de ville (IZARDS-ABBATTI)
Un établissement de santé	X		CH de Px
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale		X	Adhésion au GCS de santé mentale de Dordogne en cours
Un réseau de soins palliatifs		X	
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	
Autres :			

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Direction commune et mise à disposition de personnels de St Astier	Mutualisation de compétences, des formations et renforcement des liens inter établissement		+
Faculté dentaire de Bordeaux (convention de stage avec des étudiants de 6ème année) Dr BOU Christophe	Bilan annuel dentaire de l'enaemble dea résidents	Accès aux soins limité voire inaccessible en termes d'accompagnement pour certains usagers	+

reaponaable de l'unité		(grabataires ou atteint de troubles cognitifs). La PEC financière du transport est à la charge de l'aaaurance maladie y compris le transport en fauteuil roulant dans le cadre de la nouvelle convention « transports » remboursable en taxi adapté ou TPMR. Information confirmée par M. Lacombe chargé de mission à la CPAM de la Dordogne.	
Lunettes mobiles, opticien à domicile, 10 place Saint Silain Périgueux Eric JAVOUREZ	Bilan annuel de la vision gratuit proposé à l'enaemble des résidents avec si besoin prescription simple financièrement accessible.		+

La participation de l'EHPAD au GHT eat- elle envisagée (EHPAD publics) ? Pas à court terme

2.2.3. Politique des ressources humaines

Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

EHPAD Jean Gallet	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Recrutement de personnels diplômés	Montée en compétences Adaptation aux besoins		
Formation (continue et professionnelle) des personnels	Montée en compétences Adaptation aux besoins Ascenseur social Valorisation		
Le bon agent au bon moment et au bon endroit	Sécurisation des prises en charge et la rationalisation des ressources rares		
Informatisation	Coordination Concertation		

Difficultés à recruter et à fidéliser des personnels qualifiés (AS, IDE, cuisinier).

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

EHPAD Jean Gallet	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Miae en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X		Visibilité à 5 ans Priorisation des actions Pas de saupoudrage	Difficulté à recruter pour libérer les personnels et à financer l'enaemble des besoins. Possibilité pour des besoins particuliers de faire appel au CNR (Mme Belingard)	
Miae en œuvre d'un Plan GPEC ?	X		Anticipation Adaptation aux besoins	A formaliser	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X		A formaliser	
Adéquation du personnel aux missions ?		X		Augmentation quantitative et qualitative (trop d'ASHQ et paa aaaez d'AS).	

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

EHPAD Jean-Gallet	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 :	4 agents physiques pour 2.4 ETP	Directeur Med co IDE AS	0 0 0 0	Mutualisation Mutualisation Remplacement Remplacement
ANNEE N +1 :	2 agents physiques pour 2 ETP	IDE ASHQ	0 0	Remplacement Remplacement par AS
ANNEE N + 2 :	1 agent physique pour 1 ETP	ASHQ	0	Remplacement par AS
ANNEE N + 3 : ESMS xxx ESMS xxx	1 agent physique pour 1 ETP	ASHQ	0	Remplacement par AS
ANNEE N + 4 : ESMS xxx ESMS xxx	1 agent physique pour 1 ETP	ASHQ	0	Remplacement par AS
TOTAL	7.4 ETP		0	
Provisions déjà constituées			0	
RESTE A FINANCER			0	

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 ?
Ergothérapeute 10%	Nouvelles compétences Uniformisation des pratiques Rationalisation des coûts	Réunion de coordination avec Saint-Astier afin de définir des objectifs e prise en charge, des outila... communa	Saint-Astier
QGDR 10%	idem		Saint-Astier
Fonctions direction, administration, logistique et technique	idem	Astreinte technique	Saint-Astier

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
- Autres actions innovantes *(Ex : développement de la domotique, Silver Economie...)* ? Accès au plateau de télémédecine du CHSA, aux consultations spécialisées de gériatrie au CHSA

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 élémenta lora de la dernière campagne dea tableaux de bord, n'ont paa à reaaaiair cea donnéea.
Seulea lea atructurea n'ayant paa aatiafait à cette demande ont pour obligation de compléter lea itema 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)* : néant

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)* : 44 d'hébergement permanent
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 44
- 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 mais recours à un groupement employeur (DMS 24)
- Nature du diplôme du Directeur : EHESP

Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui/~~Non~~
- Accès à un groupe électrogène : Oui/~~Non~~
- Nombre de chambres individuelles : 42 + 1 double
- Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte NC
- Plateau technique/Equipement en propre *(Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...)* : néant

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 (EMAPS, 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 :
- Dernier GMP validé : 721
- Dernier PMP connu :
- Dernier PMP validé : 232

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 % = 16.66 % (9 DC / 54 prises en charges)
- Taux d'hoapitaliaation complète (dont hoapitaliaation à domicile) en % = 1.37 %

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

- Taux d'occupation en 99.54 % en hébergement *(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)* : 20.45 % (9 admissions/44 lits)

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 IDE, AS, ASHQ, médecin co, ergothérapeute et psychologue vacants au 31/12/2018 : 0 (dépassement de +0.02)
- Taux de prestations externes : en valeur, 9 859.88 € (AS)

L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'abaentéiame (hora formation) :

	2016	2017	2018
Tx Absentéisme	7.46	8.16	4.94

- Taux d'abaentéiame par motif :

	Médical					Non Médical		Total
	Accident du trajet	Accident du travail	Longue Maladie	Maladie	Maladie ordinaire	Grossesse pathologique	Maternité	
2016	0.01	0.37	0.14	0.06	4.75	0.35	1.78	**7.46**
2017		0.88	2.92		4.27		0.10	**8.16**
2018		0.09			4.02	0.13	0.70	**4.94**

d) Finances et budget (axe n°3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé (2017).

Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 105.74
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 105.75

Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS (EPRD 2018) ?

- Taux de CAF : 11.01
- Taux de vétusté des constructions : 19.84
- Taux d'endettement : 67.27
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 3.64

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

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : G1 = 94, G2 = 4, G3 = 2 ;
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) : G1 = 10, G2 = 69, G3 = 21 ;

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

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Hébergement = 53, Dépendance = 15, Soins = 32 ;
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) : Hébergement = 53.5, Dépendance = 16.5, Soins = 30 ;
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 93 ;
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins : G1 = 2, G2 = 86, G3 = 12 ;

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) :

37 % des actions du PAQ (dont EI et EE) réalisées, 16 % non réalisées et 47 % en cours

Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires aur la fonction « ayatème d'information » au aein de l'ESMS : logiciel de gestion administrative, de soins installé en 2018 et DMP en 2019, internet

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

EHPAD Jean Gallet	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Taux d'occupation et d'hoapitaliaation complète		
Axe n°2 : Ressources humaines	Tous les postes sont pourvus, Taux d'abaentéiame comparé à la moyenne nationale	Rééquilibrage AS/ASHQ	
Axe n°3 : Finances et budget	Situation équilibrée CAF		
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	37 % des actions réalisées, 16 % non réalisées, 47 % en cours		

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD Jean Gallet

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques *(capacité x365j)*	16 060	NC	NC
Journées réalisées	15 900	NC	NC
Taux d'occupation	99	NC	NC

Explication aur le niveau du taux d'occupation, et aolutions 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 : 0

Entrée en EHPAD de plus en plus tardive, état de santé de plua en plua trèa dégradé, durée d'hébergement de plus en plus courte.

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Jean Gallet

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA (2017)

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/administration	1.75	0.039	1.75			0.25	
Services généraux	3.18	0.072	3.18			1.65	
Animation	0.8	0.018	0.8				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	13.33	0.303	10.13	3.20			
Aide-soignant- AMP-ASG	8.90	0.202		3.08	6.72	0.76	
Psychologue	0.3	0.007		0.30			
Infirmière	3.25	0.073			3.25	0.25	
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.06	0.005			0.06	0.14	
Autre fonction (à préciser)							
TOTAL	31.57	0.717	15.86	6.58	10.03		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 11

Commentaires éventuels :

Taux d'absentéisme par catégorie et par motif (cf. bilan social n-1) 2018

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)*
Administratifs	1.01	0	
Soignants	3.47	0.54	1
Techniques et ouvriers	**0.03**	**0.03**	
CAE	0.43	0.09	

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle : Remplacement inopiné quasi impossible ce qui entraîne l'activation de procédures dégradées, ce qui entraine le mécontentement des familles et l'épuiaement dea profeaaionnela y compria dea peraonnela chargéa de la geation dea planninga.

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Jean Gallet

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- **Les recettes sur la période :**

EHPAD Jean	N-1				N-2				N-3			
	Hébe	Dépe	Soin	Total	Hébe	Dépe	Soin	Total	Hébe	Dépe	Soin	Total

Gallet	rgem ent	ndan ce			rgem ent	ndan ce			rgem ent	ndan ce		
Total Groupes de recettes	930 057	269 716	498 588	1698361	1038578	274 870	538 456	1851904	1002481	275 687	607 760	1885929
Groupe 1	875 696	230 724	49 7097	1603516	906 691	255 445	518 837	1680973	914 416	265 594	587 920	1767930
Groupe 2	24 185	9 452	1 491	35 128	52 204	13 503	10 689	76 396	51 412	9 416	18 529	79 357
Groupe 3	30 176	29 540	0	59 176	79 682	5 922	8 930	94 534	36 653	677	1 311	38 641

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Lea recettea d'exploitation :
- Groupe 1 : CNR défi performance de 50 000€ en 2017
- Groupe 2 :
- Groupe 3 : Rembt ANFH / promotion professionnelle IDE sur 4 mois

- **Les dépenses sur la période :**

EHPAD Jean Gallet	N-1				N-2				N-3			
	Hébe rgem ent	Dépe ndan ce	Soin	Total	Hébe rgem ent	Dépe ndan ce	Soin	Total	Hébe rgem ent	Dépe ndan ce	Soin	Total
Total Groupes de dépenses	932 618	272 804	496 195	1701618	1014274	297 665	538 418	1850358	1015394	312 940	566 926	1895260
Groupe 1	141 749	23 490	17 388	182 627	143 065	30 540	12 404	186 009	154 411	25 226	10 637	190 274
Groupe 2	514 393	244 212	453 910	1212515	60 9401	255 433	506 765	1371599	547 963	274 657	486 597	1309217
Groupe 3	276 476	5 102	24 897	306 476	261 808	11 692	19 248	292 750	313 020	13 057	69 692	395 769

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Lea chargea d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 : vacance du poste de directeur de novembre 2016 à mars 2018, du poste de médecin-co juaqu'en septembre 2017, du poste de psychologue en 2016, du règlement des validations CNRACL, remplacement des promotions professionnelles 1 AS 4 mois en 2017 et 12 moia en 2018, d'une ASH 4 moia en 2018, fin annoncée des CAE à l'automne 2017
- Groupe 3 : constitution de provisions en 2016 et en 2017 (CNR défi performance, vacance du poste de directeur)

- **Résultats à affecter :**

EHPAD Jean Gallet	N-1 (2017)	N-2 (2016)	N-3 (2015)
Recettes	**1 895 338**	1 851 903	1 698 360
Dépenses	**1 895 259**	1 850 357	1 701618
Net	**79**	1 546	-3 258
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*			
Résultat à affecter	**79**	1 546	-3258
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 : 30 ans
Période du 01/08/2012 Au 01/05/2012

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.) Rachat de l'EHPAD cf délibération du 18 novembre 2011

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA (Compte de gestion 2017):

EHPAD Jean Gallet	
Réaerve de compenaation dea déficita d'exploitation	55 131.13
Réaerve de compenaation dea chargea d'amortiaaement	3 329.20
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	92140.95
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires :

Projets d'investissement

Des projets sont-ila en coura de réflexion ou de miae en œuvre *(mise aux normes de sécurité, rénovation, extension, construction...)* ? Oui, 1) prévention des risques : incendie, infectieux, sanitaire, intrusion, AT .... remplacement du SSI, remplacement de portes extérieures, de fermes portes, de certaines portes coupe-feu, mise aux normes de la lingerie / marche en avant, Fermeture du poste cuisson et remise en état des locaux après réorganisation des surfaces, mise en sécurité du bâtiment vidéo surveillance, accessibilité, 2) développement durable et économiea d'énergie : remplacement des portes extérieures, des radiateurs, des trappes de désenfumage avec asservissement au SSI, 3) confort : matelas, rideaux, remise au propre des chambres après sortie, 4) conditions de travail : cf défi performance

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Jean-Gallet

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

EHPAD Jean Gallet	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	**N**		**A réaliser**	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	**O**			
Contrat de séjour	**O**		**A actualiser**	
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	**O**			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	**O**			
Règlement de fonctionnement	**O**		**A actualiser**	
Projet d'établiaaement	**O**			
PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dana l'établiaaement	N	Formation bientraitance reconduite chaque année	A formaliser + usage du livret Mobiqual + audit bientraitance	
Projet d'accompagnement personnalisé	EC		A finaliser	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	O	Surveillance dénutrition, fonctions rénales, hygiène bucco-dentaire, vision, télémédecine et consultations spécialisées en gériatrie au CHSA		
Evènements indésirables : *mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance*	O			
Exiatence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	O		A actualiser	
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	O		A évaluer	
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Exiatence d'un proceaaua de traitement dea réclamations et des plaintes	O			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	O			
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Volet médical du projet d'établiaaement Date d'actualiaation	N			
Livret thérapeutique en place	N		A réaliser	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	O			
Protocole risque de chute	O			
Prévention et prise en charge des escarres	O			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	O			
Prise en charge de la douleur	O			
Accompagnement de la fin de vie	O			
Prise en charge de la dénutrition	O			
Prise en charge des troubles	O			

comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments				

Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : ~~Oui~~/Non

Si oui, date de l'arrêté d'autoriaation :

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

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :	
- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;	Surveillance du médecin co mais action limitée / médecins libéraux
- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;	Externalisation de la préparation des piluliers et de la livraison (convention en cours)
- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments	fait
- L'adminiatration dea médicamenta dont l'identitovigilance	fait
- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ;	fait
- L'informatiaation du circuit du médicament	fait
- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	en cours

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Jean Gallet

Nom EHPAD : Jean Gallet				
Date d'effet de la convention :1er juin 2014				
Date de fin de la convention : 31 mai 2019				
Intitulé fiches action	**Objectifs**	**Moyens engagés**	**Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)**	**Observations**
Gouvernance	Répondre aux obligations réglementaires (loi 2002-2)	Organisme de formation, groupes de travail, formation du personnel, temps de psychologue	EC	Livret accueil
	Prévenir la maltraitance et promouvoir a bientraitance	Formation du personnel, 0.30 ETP d'animateur supplémentaire	EC	A Formaliser
	S'engager dana la démarche continue de la qualité	Organisme de formation, groupes de travail, organisme évaluateur	EC	A Formaliser
Gestion interne et management	Développer une politique de formation adaptée	Crédits plan de formation	EC	Plan pluri annuel
	Structurer et stabiliser la geation et l'organiaation des ressources humaines	Temps de direction et d'adjoint dea cadrea, tempa de rédaction du projet d'établiaement	EC	

	Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional	Temps de médecin coordonnateur	R pour 2018	Sous réserve de la préaence d'un Med co
Qualité de la prise en charge soignante et l'accompagnement des résidents	Développer la qualité des prescriptions médicamenteuses et le circuit du médicament	Achat d'un coffre à toxique, temps de rédaction du document	R	
	Garantir la prise en charge de la douleur	Médecin coordonnateur et formation du personnel	R	
	Assurer l'accompagnement de fin de vie	Médecin coordonnateur et formation du personnel, direction et médecin coordonnateur	R	
	Réduire le risque de chute	Temps de rédaction des documents, médecin coordonnateur	R	
	Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique	Temps de rédaction du protocole médecin coordonnateur et diététicien	R	
	Garantir l'accèa à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Equipe soignante infirmières	R	
Dynamique territoriale	Organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours par le biais de relations formalisées	Direction et médecin coordonnateur	NR	

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 ? maintien de la capacité actuelle

- Des alternatives à l'hébergement permanent aont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction dea taux d'activité et dea projeta de aervice, couverture dea zonea dites blanches par des accueils de jour itinérant) ? Non

- Des hébergements temporairea d'urgence et dea accueila de nuit aont-ils déjà mis en place ou prévus ? Non

ANNEXE 2

AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche Action N°1 **Favoriser et améliorer la coordination avec tous les partenaires**	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur / IDEC	
Constat du diagnostic	Dans la PEC des résidents nous constatons que certains besoins ne sont pas suffisamment couverts (démence sévère, évaluation spécialisée, fin de vie et soins palliatifs…). Développer le partenariat apparait une réponse adaptée.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Assurer un diagnostic pour améliorer la qualité de la PEC en s'appuyant sur les savoirs faire de partenaires.
Description de l'action	Pour étoffer nos partenariats déjà existants (EMASP, CH Périgueux -urgences et médecine gérontologique-, HAD pour les prises en charge complexes), nous continuons cette démarche avec le Verger des Balans (hospitalisation en UCC et UHR), la Madeleine Bergerac (hospitalisation en UHR), la MAIA, la PTA, le GCSSM (groupement de coopération sanitaire de santé mentale) de Vauclaire, le CH de Périgueux pour un accès pour l'EHPAD ressource.
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin-co, IDEC vont prendre contact avec : 1 EMASP du Ch Périgueux 2 Médecine gériatrique / SSR: CH périgueux ou SSR du CH Saint Astier 3 Equipe mobile de psychiatrie du CH Vauclaire 4 Consultations spécialisées : Verger des Balans et CH Saint Astier 5 EHPAD ressource du CH Périgueux pour des sujets spécifiques
Moyens nécessaires	Conventions de partenariat qui facilitent l'accès rapide à une prise en charge des résidents et augmentent les compétences en soins que nous pouvons proposer dans chaque projet d'accompagnement personnalisé. Création d'un support socle pour faciliter l'écriture du document. Le recrutement à 0.2 ETP du médecin coordonnateur sera facilitateur
Calendrier prévisionnel	1 - 2 et 3 en 2020 4 - 5 en 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre :** Nombre de conventions signées **Indicateurs de résultat (impact) :** Nombre de consultations réalisées et notées dans le bilan annuel du médecin CO.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Difficultés à obtenir l'équipe mobile

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°2 **Coopération permettant une meilleure prise en charge, par le biais de relations formalisées et de rapprochement de structures**	
Référent (personne ou institution) : Directeur et IDEC.	
Constat du diagnostic	La convention de "direction commune" permet de mutualiser sur 20 le poste de directeur entre Saint Astier et Jean Gallet. Compte tenu de la taille de l'EHPAD Jean Gallet, l'astreinte technique n'est pas possible (un seul agent), l'astreinte de direction est de une semaine sur deux (IDEC, Adjoint des Cadres et Directeur), l'absentéisme sur certaines fonctions met à mal la qualité de la prise en charge (cuisine, médecin coordonnateur, IDEC, IDE, psychologue, RH, directeur, ...).
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Il est proposé d'étendre la convention à d'autres métiers et prestations au sein de l'établissement sur la durée du CPOM 2020-2024.
Description de l'action	Améliorer les conditions d'accès et de rapidité des résidents à certaines consultations spécialisées sur Saint Astier (médecin gériatre, plaie et cicatrisation du SSR, convention avec les consultations spécialisées de psychogériatrie, ...). Réfléchir à la mise en place d'un pool de remplacement commun aux deux structures. Faire bénéficier les agents de Jean Gallet de formations communes avec Saint Astier pour améliorer le projet de prise en charge et de procédures conjointes (chutes, nutrition, bientraitance, PATHOS, manutention de résidents, accès à la diététicienne, ...). Utiliser les mêmes outils entre les deux structures (logiciels administratifs, métiers, ...). Réfléchir à une mise en commun de certaines prestations (services techniques pour les locaux, astreinte commune pour les soins notamment accès IDE de nuit et cadre de santé, cuisine, personnel administratif pour les outils et plan de formation, ...).
Identification des acteurs à mobiliser	Les personnels, les organisations syndicales représentatives, les représentants des instances seront associés et informés des propositions et décisions.
Moyens nécessaires	Temps agents pour découvrir les fonctionnements réciproques pour faciliter les passerelles (service technique, IDEC, cuisine, administratif, ...).
Calendrier prévisionnel	Dès que possible pour les astreintes, sur 2020 pour les consultations spécialisées et le plan de formation, la durée du CPOM pour les autres actions.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**<u>Indicateurs de mise en œuvre :</u>** Nombre d'astreintes communes et d'actions de formations. Nombre de prestations communes.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Associer les professionnels aux évolutions et évaluer les résultats. Respecter l'étanchéité budgétaire des deux structures.

AXE 2 : Repositionnement de l'offre et innovations

Fiche Action N°3 **Mise en place d'innovations en santé dans l'accompagnement aux nouvelles technologies prônant la sécurité, la qualité et le bien-être de la personne gée permettant de développer les technologies d'avenir (innovations techniques, technologiques, numériques et de services)**	
Référent (personne ou institution) : IDEC	
Constat du diagnostic	Difficultés pour obtenir des rendez-vous médicaux avec des spécialistes dans un délai raisonnable.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Faire bénéficier nos usagers de réponses médicales spécialisées plus rapidement en utilisant la télémédecine.
Description de l'action	Intégrer la grappe de télémédecine en EHPAD portée par le CH de Périgueux.
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin-co et directeur.
Moyens nécessaires	Local et Matériel informatique adapté. Temps de formation des utilisateurs. Réseau informatique avec débit suffisant. Temps dédié pour participer aux réunions informatives et COPIL.
Calendrier prévisionnel	Décembre 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombre de prise de contacts avec les référents du projet d'inté ration de la grappe Date de l'inté ration à la grappe. **Indicateurs de résultat (impact)** Nombre de consultations réalisées chaque année rapportée dans le rapport d'activité.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Disponibilité des acteurs. Qualité de la prise en charge des usagers (délai d'attente du rendez-vous, délai de réception du compte rendu des consultations).

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°4 **Amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition**	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordinateur	
Constat du diagnostic	L'équilibre nutritionnel des repas du soir est à faire vérifier.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Proposer des repas élaborés par une diététicienne afin de prévenir les hypoglycémies nocturnes (aucune à ce jour déclarée).
Description de l'action	Déployer les menus du CH de St Astier (menus élaborés par une diététicienne), Vérifier qu'ils correspondent bien aux recommandations, Mesurer la satisfaction des usagers sur les repas servis (commission des menus et enquête de satisfaction).
Identification des acteurs à mobiliser	Personnel de cuisine, le médecin coordonnateur, les IDE, l'IDEC et directeur.
Moyens nécessaires	Commission des menus
Calendrier prévisionnel	Janvier 2020 pour la validation des menus par une diététicienne. Dernier trimestre 2020 pour la mise en place de la Commission menus.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Validation par la diététicienne du CH de St Astier des menus. Comptes rendus diffusés et affichés de la Commission des menus. Nombre de réunions de la Commission des menus **Indicateurs de résultat (impact)** Résultat de l'enquête de satisfaction tous les deux ans validé en CVS.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Disponibilité des acteurs PNNS 2018-2022

FICHE ACTION

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°5 **Analyse des chutes**	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur	
Constat du diagnostic	Absence d'analyse (fine) des chutes permettant de mettre en œuvre des actions correctives
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Diminuer le nombre de chutes en utilisant les causes probables comme levier au changement (animation, équilibre alimentaire, locaux, ...)
Description de l'action	Analyser les causes des chutes à partir faisant consensus afin de déterminer les actions correctives à mettre en œuvre Travail avec les médecins libéraux et l'équipe soignante
Identification des acteurs à mobiliser	Le médecin co, l'IDEC, les IDE, les AS/ASHQ soins, les médecins traitants, les kinés libéraux
Moyens nécessaires	Logiciel de soins avec tableau des chutes renseigné
Calendrier prévisionnel	Mise en œuvre au premier semestre 2021
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombre de chutes analysées et actions correctives prises **Indicateurs de résultat (impact)** La diminution des chutes en à partir de la base 2020
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Sensibiliser et former les équipes au recueil des données et choisir un outil d'analyse pour déterminer un plan d'action. Recommandations HAS

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°6 **Amélioration de la couverture vaccinale des personnes gées (notamment par le plan vaccinal grippe) et des personnels**	
Référent (personne ou institution) : édecin coordonnateur, IDEC	
Constat du diagnostic	Usagers : couverture vaccinale anti grippale très satisfaisante. Personnels : couverture vaccinale anti grippale insuffisante.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la couverture vaccinale des personnels et conserver le bon taux de vaccination des usagers.
Description de l'action	Usagers : Mettre en place la campa ne d'information et de sensibilisation à la vaccination, Vérifier que la prescription est réalisée dans les délais préconisés, Tracer dans le dossier de soins les informations relatives à la vaccination, Récupérer auprès des médecins traitants les informations liées à la vaccination, Sensibilisation des résidents par l'équipe soi nante, Information et incitation des familles à la vaccination. Personnels : Mettre en place la campa ne d'information et de sensibilisation à la vaccination auprès des agents par une note de service, Promouvoir la vaccination en mettant à disposition les QUIZ et autres informations ludiques, Répondre aux questions et dénoncer les fausses informations, Lien avec la médecine du travail pour une sensibilisation des agents, Prise en char e par l'EHPAD de l'achat des vaccins et de l'administration.
Identification des acteurs à mobiliser	Le médecin co, les médecins traitants, l'IDEC, les IDE et le directeur.
Moyens nécessaires	Temps de réunion pour informer, démontrer les avantages de la vaccination, lutter contre les fausses idées, faire les tests de connaissances sur la grippe.
Calendrier prévisionnel	Chaque année du CPOM
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Affichage de documents pour la promotion de la vaccination anti grippale, Mise en place de réunions d'information. **Indicateurs de résultat (impact)** Taux de résidents et de personnels vaccinés contre la grippe.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Croyances erronées CPIAS, HAS

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°7 Amélioration de la prévention et des soins bucco-dentaires	
Référent (personne ou institution) : édecin co., IDEC	
Constat du diagnostic	Une prévention sous forme de bilan bucco-dentaire annuel existe et nous souhaitons augmenter encore la prévention et les soins bucco-dentaires des résidents afin de mieux répondre au plan d'action régional de l'ARS.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la prévention et les soins bucco-dentaires au quotidien, Faciliter la prise en charge et la réalisation des soins dentaires.
Description de l'action	Poursuivre l'accueil à l'EHPAD des étudiants en 6ème année de médecine dentaire pour un bilan annuel de l'ensemble des résidents, Inscrire au plan de formation, sur la durée du CPOM, l'hygiène bucco-dentaire, Prendre contact avec le dentiste du centre médical de proximité et formaliser une convention (transport des résidents au cabinet dentaire selon l'article 80 de la loi FSS), Prendre contact avec le CH de Périgueux (PEC complexes) et établir une convention.
Identification des acteurs à mobiliser	L'équipe soignante, le cadre du service d'odontologie ou de stomatologie du CH de Périgueux, la faculté de soins dentaires, la CPAM, la conférence des financeurs, l'ARS.
Moyens nécessaires	Sensibilisation de tout le personnel Temps de formation et d'information des professionnels
Calendrier prévisionnel	Bilan en 2020, convention signée en 2021 et plan de formation 2021 et 2023.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Date du bilan annuel (faculté Bordeaux) et traçabilité sur le logiciel de soins, Inscription de la formation bucco-dentaire au plan pluriannuel, Nombre de plans de soins prescrits, Validation de la demande de financement. **Indicateurs de résultat (impact)** Conventions signées, Nombre de soins réalisés, Taux de bilans réalisés.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Disponibilité des acteurs, recherches de financements. Recommandations HAS, URPS, CPIAS.

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°8 **Amélioration de la prise en charge de la douleur et du ressenti des usagers**	
Référent (personne ou institution) : édecin coordonnateur, IDEC	
Constat du diagnostic	La recherche de la douleur n'est pas toujours formalisée ni réalisée avec une fréquence définie.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la couverture antalgique des usagers et donner une meilleure qualité de vie aux résidents.
Description de l'action	Tracer dans le dossier informatisé du patient la recherche de la douleur, Utiliser des échelles validées pour les communicants et les non communicants, Participer à des enquêtes ARS, Communiquer les résultats aux professionnels, aux usagers et aux familles, Protocoles de prise en charge de la douleur.
Identification des acteurs à mobiliser	Le médecin co, l'équipe soignante, les médecins traitants.
Moyens nécessaires	1- Logiciel de soins informatisé avec les grilles d'évaluation gérontologique 2- Bon débit du réseau informatique 3- Temps de travail avec l'équipe soignante 4- Disponibilité des médecins traitants
Calendrier prévisionnel	Points 1-2-3 : décembre 2020, Points 3-4 : décembre 2021.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Renseignement du tableau des chutes, Inscription à une enquête douleur, **Indicateurs de résultat (impact)** Nombre de prescriptions anticipées antalgiques, Résultats de l'enquête, Protocole réalisé.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Temps disponible des acteurs, Volonté médicale de prescrire dans le logiciel, HAS – ANESM – OMEDIT.

AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche Action N°9 Améliorer la qualité de la prise en charge des troubles cognitifs	
Référent (personne ou institution) : psychologue, ani atrice, édecin coordonnateur et IDEC	
Constat du diagnostic	Les activités thérapeutiques non médicamenteuses ne sont pas suffisamment mises en œuvre ni formalisées. La volonté est d'augmenter ces réponses chez les résidents atteints de troubles cognitifs.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer ou sauvegarder les compétences cognitives et restaurer l'estime de soi des résidents par des activités stimulantes et adaptées.
Description de l'action	Mise en place d'ateliers mobilisant les fonctions cognitives (ateliers mémoire, ateliers stimulation cognitive, création et mise en place du sac d'Augustine...,) Création de groupes de résidents sur des critères définis afin de ne pas les mettre en situation d'échec, Redonner confiance et revaloriser les résidents, Créer du maillage social entre les personnes du groupe.
Identification des acteurs à mobiliser	L'ensemble du personnel notamment l'animatrice.
Moyens nécessaires	1- Du matériel adapté 2- Un local adapté 3- Temps de travail 4- Financement du projet
Calendrier prévisionnel	Juin 2020
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Ecriture et mise en oeuvre du projet, **Indicateurs de résultat (impact)** Nombre d'ateliers réalisés, Bilan des ateliers dans le rapport d'activité.
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Temps disponible des acteurs HAS – ANESM

FICHE ACTION

AXE 4 : Personnalisation de l'accompagnement

Fiche Action N° 10 Amélioration de la prise en charge des usagers	
Référent (personne ou institution) : Julie PECHAUBES, psychologue	
Constat du diagnostic	Absence de projet personnalisé (PP) et d'un livret d'accueil actualisé
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en œuvre du projet personnalisé pour l'ensemble des usa ers Mise en œuvre d'un livret d'accueil tenant compte des évolutions règlementaires
Description de l'action	Réaliser la procédure de mise en œuvre et d'actualisation du projet personnalisé (recueil des attentes, personnel référent, recherche de signature et actualisation au moins annuelle). Actualiser le livret d'accueil, validation en CVS et utilisation au quotidien pour les personnels, stagiaires et usagers.
Identification des acteurs à mobiliser	Pour le PP : La psycholo ue, le médecin co, l'IDEC, les IDE, les AS et ASHQ soins, l'animateur, le résident ou tuteur ou famille Pour le livret d'accueil : le directeur, l'administration, l'IDEC et les usagers
Moyens nécessaires	Bureautique
Calendrier prévisionnel	Juin 2020 Projet personnalisé et livret d'accueil
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Validation de la procédure sur le PP et le livret d'accueil par le CVS et le CTE **Indicateurs de résultat (impact)** Le nombre de projets signés
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	S'assurer de la participation des usa ers Mise en œuvre d'une enquête mesurant la satisfaction auprès des usagers de ces décisions.

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Années Etablissements /services	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
ESMS XX	SANS OBJET						
ESMS XX							
ESMS XX							
…							
Total							
Poids des services au regard de l'offre global							

ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Fiche action n° 1	Nombre de conventions signées	3		1	1	1		
	Nombre de consultations réalisées et notées dans le bilan annuel du médecin	10	3	5	7	10	10	
Fiche action n° 2	Nombre d'astreintes communes et d'actions de formations	52	26	52	52	52	52	
		5	3	5	5	5	5	
	Nombre de consultations réalisées et notées dans le bilan annuel du médecin	12	4	8	12	12	12	
Fiche action n° 3	Date d'intégration à la grappe	2020	X					
	Nombre de consultations réalisées chaque année rapportées dans le rapport d'activité	10	3	5	7	10	10	
Fiche action n° 4	Nombre de réunion de la Commission des Menus	3	2	3	3	3	3	

	et résultats de l'enquête de satisfaction tous les deux ans	1			X		X	
Fiche action n° 5	Nombre de chutes analysées	100%		50%	100%	100%	100%	
Fiche action n° 6	Nombre de résidents et de personnels vaccinés contre la grippe	90% 60%	70% 30%	80% 40%	85% 50%	90% 60%	90% 60%	
Fiche action n° 7	Nombre de soins réalisés Nombre de consultations réalisées	10 44	5 20	7 35	10 44	10 44	10 44	
Fiche action n° 8	Nombre de prescriptions anticipées antalgiques Résultats de l'enquête Nombre de protocole réalisés	44 résidents	10	20	30	44	44	
Fiche action n° 9	Nombre d'ateliers réalisés	1 par mois	6	8	12	12	12	
Fiche action n° 10	Nombre de résidents disposant chaque année d'un projet réalisé et actualisé Enquête sur les outils PP et LA	100% Enquête tous les 2 ans	90%	100%	100% X	100%	100% X	

Agence Régionale de Santé Aquitaine

Conseil Général de la Dordogne

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SOLIDARITE
ET DE LA PRÉVENTION

Délégation Territoriale de la Dordogne

ARRETE 21 OCT. 2011
Portant transfert d'autorisation de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) JEAN GALLET à COULOUNIEX CHAMIERS

N° SPAE 11-251

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Le Président du Conseil Général,

VU le Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment l'article L. 312-5.1 relatif au PRIAC, les articles L. 313-1 à L. 313-9 relatifs aux autorisations, les articles R. 313-1 à R. 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les articles R. 312-180 à R. 312-192 relatifs aux Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale et les articles D. 313-11 à D. 313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

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

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

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

VU l'arrêté n° 940056 du 18 janvier 1994 par lequel le Président du Conseil général de la Dordogne autorise la création d'une Maison de Retraite privée à but non lucratif gérée par l'Association d'Action Sanitaire et Sociale d'Aquitaine (AASSA) d'une capacité de 44 places à COULOUNIEIX CHAMIERS ;

VU l'arrêté préfectoral n° 950151 du 2 février 1995 autorisant la création d'une section de cure médicale ;

VU l'arrêté préfectoral n° 041958 en date du 10 décembre 2004 autorisant la transformation de la maison de retraite privée à but non lucratif « Docteur JEAN GALLET » en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;

VU l'arrêté n° 060304 du 15 mai 2006 par lequel le Président du Conseil général fixe la capacité habilitée à l'Aide Sociale de la maison de retraite «Docteur JEAN GALLET » sise à COULOUNIEIX CHAMIERS à 10 places ;

CONSIDERANT la délibération du conseil municipal de la Commune de COULOUNIEIX-CHAMIERS, en date du 12 juillet 2011 érigeant l'Etablissement Public Autonome de l'EHPAD « JEAN GALLET » ayant pour vocation la gestion de l'EHPAD « Docteur JEAN GALLET » ;

CONSIDERANT la délibération constitutive du Conseil d'administration dudit Etablissement Public Autonome de l'EHPAD « JEAN GALLET » en date du 22 juillet 2011 ;

CONSIDERANT la demande de transfert de l'autorisation de fonctionner de l'EHPAD « JEAN GALLET » à Coulounieix Chamiers présentée par l'EPA de l'EHPAD « JEAN GALLET » pour son compte ;

CONSIDERANT la promesse synallagmatique de vente et d'achat sous conditions suspensives relative à l'EHPAD « Docteur Jean GALLET » à COULOUNIEIX-CHAMIERS entre l'association AASSA et la Commune de COULOUNIEIX-CHAMIERS des 13 et 18 juillet 2011 ;

SUR proposition conjointe de la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et de Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et de la Prévention ;

- ARRETENT -

ARTICLE 1 – L'autorisation de gestion de l'EHPAD « Docteur JEAN GALLET » d'une capacité de 44 lits, détenue jusqu'alors par l'Association d'Action Sociale et Sanitaire d'Aquitaine – sise 116 Avenue du TRUC à MERIGNAC, est transférée à l'Etablissement Public Autonome de l'EHPAD « JEAN GALLET » sis Rue RICHELIEU à COULOUNIEIX CHAMIERS sous réserve de l'accomplissement des conditions suspensives de la promesse synallagmatique de vente et d'achat sous conditions suspensives susvisée ;

ARTICLE 2 – L'EHPAD est autorisé à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de ses places d'hébergement permanent ;

ARTICLE 3 – Le présent transfert d'autorisation est conditionné par le respect des conditions légales et les engagements de l'établissement et du gestionnaire pris auprès des autorités administratives, notamment, d'une part, le respect du projet d'établissement, conformément au dossier initial d'autorisation et, d'autre part, le respect des obligations mentionnées dans la convention tripartite pluriannuelle en date du 16 décembre 2005 ;

ARTICLE 4 - Conformément à l'article L. 313-1 du CASF, cette autorisation est accordée pour une durée de 15 ans à compter du 4 janvier 2002 ;

Son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même code, au moins deux ans avant son terme ;

ARTICLE 5 - Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement ou du service par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation doit être porté à la connaissance des autorités compétentes, en vertu de l'article L. 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de ces mêmes autorités ;

ARTICLE 6 - Ce service est répertorié dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique : Etablissement Public Autonome JEAN GALLET

N° FINESS : 24 001 460 5
Code statut juridique : 21

Entité établissement : EHPAD JEAN GALLET

N° FINESS : 24 000 9761

Code catégorie : 200		capacité : 44
Code discipline : 924		capacité : 44
Code activité /fonctionnement :	11	capacité : 44
Code de clientèle : 711		capacité : 44

Code MFT :

ARTICLE 7 - Dans les deux mois de sa notification ou de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Dordogne et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne, le présent arrêté peut faire l'objet soit d'un recours gracieux devant les autorités compétentes, soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent ;

ARTICLE 8 - La Directrice Générale Adjointe de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, la Directrice de la Délégation Territoriale de la Dordogne, le Directeur Général des Services du Département et le Directeur Départemental de la Solidarité et de la Prévention de la Dordogne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Dordogne et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

Fait à Bordeaux, le 21 OCT. 2011

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,

Nicole KLEIN

Le Président du Conseil Général,

Bernard CAZEAU

POUR AMPLIATION

Le Chef de Service
des Personnes Agées en établissement
Patrick IMBERT

ANNEXE 2 : ABREGE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

(Art.3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles)
L'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.

1.1. LA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Démarche d'évaluation interne	Réalisée de fin 2013 à février 2014, les personnels ont participé et les usagers ont été associés.		
Démarche qualité	Une démarche qualité est en place.		Délai trop court entre l'évaluation interne et l'évaluation externe

1.2. 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 l'évaluateur externe
Lecture des recommandations de bonnes pratiques	Les différents projets font référence aux recommandations.	Il n'y a pas de diffusion à l'ensemble des professionnels.	Sensibiliser les professionnels à la lecture des recommandations. S'approprier les recommandations en fonction des sujets traités.

1.3. 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 L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Projet d'établissement	Le projet d'établissement se nourrit de l'évaluation interne. Il positionne la bientraitance comme un principe fondateur de l'action des professionnels en direction des personnes accueillies.	Le document n'est pas achevé. Le médecin coordonnateur n'a pas participé à son élaboration (projet de soins) : poste non pourvu. Manque un volet sur l'accompagnement des malades d'Alzheimer	Finaliser le projet d'établissement Associer le médecin coordonnateur et le psychologue avant finalisation Compléter la réflexion sur la prise en charge des maladies Alzheimer et maladies apparentées
Adaptation de l'offre de service à la population accompagnée	Les prestations proposées sont adaptées à la population accueillie.	Les plans de soins ne sont pas formalisés. Les projets personnalisés ne sont pas élaborés.	Formaliser les plans de soins individualisés Elaborer les projets personnalisés
La gestion financière et administrative du service	Les finances de la structure sont gérées et contrôlées par du personnel compétent.		
La gestion des ressources humaines	La gestion du personnel est en cours de formalisation : changement de statut	La plupart des personnels est en CDD. Pas d'entretien professionnel annuel Plan de formation peu développé Fiches de postes non diffusées	Intégrer les personnels à la fonction publique hospitalière Mise en œuvre des entretiens annuels Développer les formations Diffuser les fiches de postes
Architecture et matériel	Le cadre de vie et la capacité de l'établissement favorisent les échanges.	Manque de locaux adaptés au fonctionnement d'un EHPAD Pas d'outil informatique adapté à la gestion des soins Les chambres des résidents n'ont pas de volet.	Aménager des locaux de soins Acquérir un logiciel de soins Equiper les chambres de volet

1.4. L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Repérage de l'établissement	Etablissement communal	Signalétique extérieure insuffisante	Faciliter l'accès à l'établissement en complétant le fléchage sur la commune.
Connaissance du secteur dédié aux personnes accompagnées	La direction maîtrise la connaissance du public accueilli.		
Partenariat de l'établissement	Partenariat avec le centre social	Peu développé	Mieux utiliser les ressources du territoire Développer les partenariats existants

1.5. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des besoins et des attentes des résidents	L'EHPAD prend en compte les besoins et attentes des usagers tout au long de l'accompagnement.	Pas de formalisation	Améliorer la formalisation de cette prise en compte.
Projet personnalisé		Il n'est pas mis en œuvre.	Elaborer les projets personnalisés

1.6. L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DES USAGERS

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Participation des usagers à leur prise en charge	Les usagers sont représentés et participent au CVS.	Pas de commission	Développer des instances de réflexion et d'échanges : commissions
Participation des usagers à l'évolution du service	Les usagers ont été associés à l'évaluation interne.		

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

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Respect des droits	Vigilance forte de la direction et adhésion des personnels Mise en œuvre des outils de la loi du 02/01/2002 Formation des cadres : référents bientraitance		Poursuivre le travail et la dynamique
Bonnes pratiques en matière de soins, d'hygiène et de sécurité		Absence de médecin coordonnateur Manque de procédures et de protocoles	Elaborer et diffuser les procédures
Gestion des risques	Priorité de la direction, actions en cours	Manque de procédures et de protocoles : événements indésirables, procédure de signalement maltraitance, DUERP	Elaborer et diffuser les procédures Se mettre en conformité avec la réglementation

PARTIE 3 : SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE

Principe :

« 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) »[4].

3.1 INTRODUCTION : L'EVALUATION INTERNE ET LES RBPP

3.1.1 L'EVALUATION INTERNE

☞ Points forts

La démarche d'évaluation interne a été réalisée de fin 2013 à février 2014. Le personnel a participé à des groupes de travail organisés par thématique.

Un plan d'amélioration a été élaboré.

Les résidents et leurs proches ont participé à cette démarche et y ont été associés au travers d'une enquête de satisfaction.

☞ Points d'efforts

Le plan d'amélioration de la qualité n'a pas pu être réalisé : délai trop court entre l'évaluation interne et l'évaluation externe.

[4] Modèle 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)

3.1.2 LES RBPP

☞ Points forts

Le travail entrepris à travers l'évaluation interne et le projet d'établissement a permis d'interroger les pratiques et l'organisation au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM. Les RBPP ont été prises en compte pour élaborer ou actualiser les outils de la loi du 2 janvier 2002.

☞ Points faibles

Pas de diffusion dans tout l'établissement.

Pas d'appropriation par l'ensemble des professionnels.

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

☞ Points forts

Le projet d'établissement est en cours de rédaction. Il s'inscrit dans une démarche participative et pluridisciplinaire. Un document de travail est disponible.

Le projet d'établissement en cours de rédaction se nourrit de l'évaluation interne et l'intègre dans chaque paragraphe : « ce qui est fait », « points à améliorer ».

Il affiche les valeurs de l'établissement et positionne la bientraitance comme un principe fondateur de l'action des professionnels en direction des personnes accueillies.

☞ Points faibles

Associer le médecin coordonnateur (projet de soins) et le psychologue à la rédaction du projet d'établissement.

Développer un volet sur l'accompagnement des personnes souffrant de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Finaliser la rédaction du projet d'établissement.

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

☞ Points forts

La volonté de maintenir un EHPAD sur le territoire communal, sous le statut d'établissement public autonome, traduit un engagement fort des acteurs locaux et des partenaires institutionnels.

Les partenariats existants ont été confortés, d'autres sont amorcés.

☞ Points faibles

L'établissement n'est pas facilement accessible.

Les ressources du territoire (CLIC, Consultation Mémoire – Les Vergers des Balans, Hôpital de Périgueux, réseau de bénévoles,...) ne sont pas suffisamment sollicitées.

Les partenariats sont faibles et peu formalisés.

Il n'y a pas d'accueil séquentiel.

3.4 PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DES USAGERS

☞ Points forts

Une dynamique existe pour que l'ensemble des dispositifs exigés par la loi du 2 janvier 2002 soit mis en place tant sur le fond que sur la forme.

Il existe une prise en charge globale et continue du résident : de l'accueil à la fin de vie.

Le Conseil de Vie Sociale est effectif.

☞ Points faibles

L'organisation des soins ne tient pas suffisamment compte des besoins des résidents : pas de plan de soins individualisé formalisé.

Le projet personnalisé n'est pas mis en œuvre. Le résident n'est pas suffisamment associé à son accompagnement.

Aucune commission n'est mise en place.

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

☞ Points forts

Le respect des droits des usagers est une vigilance forte de la direction qui veille à ce qu'elle le devienne pour l'ensemble des personnels.

Le nouveau projet d'établissement priorise la qualité de l'admission, les conditions de vie et la sécurité des résidents.

Un gros travail est entrepris par la Cadre de santé pour améliorer, encadrer les pratiques de soins et pour organiser la prévention et la gestion des risques.

☞ Points faibles

Absence de médecin coordonnateur depuis 5 ans : vacance de poste.

Pas de psychologue pour le soutien psychologique des résidents.

Manque de procédures et de protocoles nécessaires à l'application des bonnes pratiques en matière de soins, d'hygiène et de sécurité.

Absence d'outil informatique permettant de gérer le dossier médical et de soins du résident.

Le personnel n'est pas suffisamment formé.

3.6 APPRECIATION GLOBALE DE L'EVALUATEUR EXTERNE

L'ensemble de la démarche s'est fait dans un climat de confiance. Les évaluatrices ont bénéficié de bureaux et ont pu accéder aux documents nécessaires.
L'organisation des entretiens a été facile à mettre en place et à réaliser notamment grâce au soutien et à la participation de la direction, des cadres et l'ensemble des professionnels et des résidents. Les professionnels rencontrés ont montré beaucoup de disponibilité.
L'équipe de l'EHPAD fait preuve de réactivité et de souplesse face aux demandes des résidents et/ou de leurs familles. Les professionnels se remettent en question et savent faire face aux dysfonctionnements et s'adapter aux changements.

3.7. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE

Items (5 maximum)	
Méthodologie de la démarche jusqu'à l'élaboration du rapport	L'évaluation externe a débuté début septembre après l'analyse documentaire et par la définition du projet évaluatif puis s'est poursuivie par un complément d'analyse documentaire sur site, des entretiens, une visite des locaux. La démarche de l'évaluation externe a été présentée par la directrice de l'établissement le 26 septembre 2014 aux membres du personnel, du CVS et du CA. Afin de ne pas perturber le fonctionnement de l'établissement et des résidents, la visite sur site s'est déroulée le 1er octobre 2014. L'ensemble des éléments constatés a fait l'objet d'échanges avec la direction, puis a été formalisé dans un pré-rapport. Ce dernier a été soumis à validation par la direction. Il n'y a pas eu de désaccord.
Le projet évaluatif de l'évaluation externe	Le projet évaluatif a été défini par les évaluatrices et validé par le directeur. Il était composé : - de textes de références, - des grilles d'entretiens spécifiques à chaque type d'interlocuteur permettant d'évaluer le sentiment des résidents et de l'ensemble des professionnels sur la pertinence des critères du référentiel, - les différentes étapes de la démarche avec les étapes et les thèmes abordés à chacune des étapes de l'évaluation.
L'analyse documentaire	Elle a été réalisée tout au long de la démarche : à la lecture des pièces techniques transmises par le service et pendant la visite sur site.

Les échanges avec les professionnels et les usagers	Plusieurs temps ont permis d'échanger avec les professionnels ou les usagers : - une réunion d'ouverture avec la direction et le COPIL, - des entretiens avec le personnel guidés par des grilles d'entretien, - des entretiens avec les usagers guidés par des grilles d'entretien, - des échanges réguliers avec les cadres sur les éléments observés.
Elaboration du pré-rapport	Le pré-rapport documenté fait état des observations effectuées au cours de la démarche. Ces observations sont partagées et validées par la direction de l'établissement, et proposent des engagements et des pistes d'amélioration. Il met en avant les points forts et les éléments exemplaires de l'organisation.
Remise du rapport définitif et de la synthèse	La synthèse et le rapport définitif sont rédigés en tenant compte des commentaires de la direction, en les intégrant si nécessaire.

3.8 COMMENTAIRES DE L'ESSMS SUR L'EVALUATION EXTERNE

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
- L'évaluation s'est bien déroulée, dans un climat de confiance réciproque - Les évaluatrices se sont adaptées au fonctionnement de l'établissement. Elles ont tenu compte des remarques quant à la complexité des questionnaires évaluatifs	- Le rapport est agréable à lire. Il reflète la situation de l'établissement de manière objective et sans jugement de la part des évaluatrices externes.

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 S.A.S. « Les jardins des hauts de SAINTE-ALVERE »

La S.A.S. « Les jardins des hauts de THENON »

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT 5

1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat 5

2) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 6

3) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM 6

3.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM 6

3.2 Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM 9

3.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence 9

3.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit 10

3.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM 11

3.6 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM 12

TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT 12

4) Le suivi et l'évaluation du contrat 12

5) Le traitement des litiges 14

6) La révision du contrat 14

7) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM 15

8) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM 15

9) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD 16

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM 17

Entre,

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

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

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

Et enfin,

Les SAS « Les jardins des hauts de SAINTE-ALVERE » et « Les jardins des hauts de THENON » 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 Mesdames Florence CHAROY et Gwendoline BOISSET, directrices.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2022 ;

Vu le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

Vu l'arrêté n° 2016-84/DOSA/CD et n° SPAE-17-029 du 28 décembre 2016 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

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

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

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département de la Dordogne et les EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » et repose notamment sur :

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

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) 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 :
    - SAS « Les Jardins des Hauts de Thenon » : 24 001 637 8
    - SAS « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » : 24 001 638 6
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : SAS
- Activité de l'entité juridique gestionnaire : Hébergement de personnes âgées dépendantes
- Organisme gestionnaire : DOMIDEP
- Désignation de l'établissement signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : SAS « Les Jardins des Hauts de Thenon » et SAS « Les Jardins des Hauts de Ste Alvère »

- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
    - L'EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère »
    - L'EHPAD « Les Jardins des Hauts de Thenon ».

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

- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : Hébergement de personnes âgées dépendantes
- 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 :
    - L'EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » : 24 000 697 3
    - L'EHPAD « Les Jardins des Hauts de Thenon » : 24 001 389 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)

- Les EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » ne sont pas habilités 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

Adhésion au Groupement de Coopération Sanitaire de Santé Mentale de Dordogne au sein du collège privé.

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

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

3) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

3.1 .. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

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

Le financement des établissements et services des EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et règlementaires prévues,

notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

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

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

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

- d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)

- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge de 5 ans (2017-2021) 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 globale (DG).

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

Le forfait global soins des EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » relèvent 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'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 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 DG propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire, ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

3.1.3 – dispositions communes aux financeurs

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

Les EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » restent, par ailleurs, éligibles à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Les EHPAD « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère » et « Les Jardins des Hauts de Thenon » peuvent 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.

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

3.2.. Dotation des établissements et services du CPOM

Les dotations globales 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 DG octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire.

Chaque dotation annuelle est :

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

3.3.. Les modalités de calcul de la Dotation de Référence

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

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

Finess	**Etablissements**	**Base reconductible dotations soins Au 01/01/2020 (en €)**	*Dont forfait global de soins HP*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
24 000 697 3	Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère	698 0995.57€	609 728.15€	89 267.42 €
24 001 389 6	Les Jardins des Hauts de Thenon	511 299.82 €	511 299.82€	-
TOTAL GENERAL		**1 189 020,53 €**	**1 100 540,58 €**	**88 479,95 €**

➢ La DG des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Finess	**Etablissements**	**Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2019**	*Dont forfait global dépendance*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
24 000 697 3	Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère	288 755,94 € TTC	288 755,94 € TTC	
24 001 389 6	Les Jardins des Hauts de Thenon	226 891,84 € TTC	226 891,84 € TTC	

TOTAL GENERAL		**515 647,78 € TTC**	**515 647,78 € TTC**	

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

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

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

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

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

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

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

Lorsque la dotation est financée par l'Assurance Maladie et qu'elle porte sur des établissements et services implantés dans plusieurs départements d'une même région, une caisse pivot régionale est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CASF, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de Dordogne
- La SAS « Les Jardins des Hauts de Thenon » et la SAS « Les Jardins des Hauts de Sainte-Alvère ».

Sont ainsi maintenues le versement de deux dotations distinctes aux deux établissements signataires du présent CPOM, et non d'une Dotation Globalisée Commune (DGC).

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.

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

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

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

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie pour les établissements cofinancés que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

Une exception aux règles d'affectation des résultats concerne les EHPAD relevant du L 342-1 CASF : les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendances ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (R. 314-234 et R. 314-244 du CASF)

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

Priorités ARS à harmoniser /compléter avec celles du Conseil départemental

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

- A la couverture des déficits antérieurs,

- Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la « dotation soin + dépendance »,

■ Enfin sur les volets suivants :

↳ Volet Qualité

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

↳ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

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

Conformément aux dispositions du B du IV ter de l'article L 313-12 du CASF, et sans préjudice de l'article L315-14 du même code, le présent contrat peut intégrer un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

4) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Les directeurs des établissements ;

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

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.

5) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

6) LA REVISION DU CONTRAT

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

7) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, aux conventions tripartites pluriannuelles des EHPAD signataires.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1er janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

9) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait le

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

Le Président du Conseil départemental de la Dordogne

SAS les jardins des hauts de Sainte-Alvère

SAS les jardins des hauts de Thenon

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➢ LISTE DES ANNEXES

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

- **ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **ANNEXE 2 : Les fiches actions**
- **ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs**

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

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

➲ 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 4 : 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 1 : La synthèse du diagnostic partagé

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

Les Jardins des Hauts de Thenon

(Avril 2018)

Synthèse

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

EHPAD « Les Jardins des Hauts de Thenon » 43 lits en hébergements complet

Transfert d'autorisation au 01 Avril 2017 –

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX - ORGANISME GESTIONNAIRE

L'organisme gestionnaire n'existe pas en tant qu'entité juridique mère, toutefois il intervient sur les fonctions support et transversales :

- Performance, démarche qualité et gestion des risques
- Système d'information
- Ressources humaines
- Gestion comptable et financière
- Démarche projet
- Audits et évaluations internes et externes
- Innovations en santé

3. DIAGNOSTIC ETABLISSEMENT

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

L'établissement a renseigné les indicateurs en 2016

Les indicateurs sont actuellement encore en cours d'analyse sur le benchmark départemental

Toutefois la première approche indique que l'établissement se situe dans les quantils supérieurs

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

Identification de l'ESMS

L'établissement a signé une convention tripartite au 18 janvier 2016

Les objectifs posés lors de la contractualisation ont fait l'objet de la mise en place d'un plan d'action actualisé en janvier 2018 (annexe 2)

Soins et accompagnement

La formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance a été mise en place

Le COPIL est actif ainsi que les groupes de travail

- Chutes
- Nutrition
- Douleur
- Contention
- PVI et bientraitance

L'établissement se positionne sur deux axes forts et innovants :

- La iatrogénie médicamenteuse et institutionnelle
- La prise en charge des troubles cognitifs d'origine psychiatrique ou non, à travers l'approche par les intelligences multiples

Ressources humaines

La politique RH est formalisée, toutefois la charge en personnel de l'établissement constitue un des éléments pouvant mettre en jeu la pérennité de l'EHPAD

Ressources matérielles

L'établissement est vieillissant et ne permet pas la mise en œuvre de plateaux techniques en lien avec notre démarche (bal néo thérapie, salle de snoezelen, atelier d'ergothérapie)

Partenariats, conventions et coopérations

Les partenariats constituent un axe fort de l'établissement
Ce dernier est inscrit dans toutes les instances réseaux et coopérations loco départementales à travers les groupes de travail mis en place ou les COPIL (GCSM)

---

a) Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes (axe n°1)

Du fait de l'orientation de l'établissement les derniers GMP et PMP sont en hausse notable
Ce avec des points marquants et significatifs :

- Le taux d'hospitalisation 1.08%
- Le taux d'occupation en progression actuellement à 96 %

b) Ressources humaines (axe n°2)

Les ressources humaines constituent un point d'attention particulier
Nous avons constaté, grâce à la mise en place en 2017 d'une politique RH forte une régression de l'absentéisme notamment en matière d'accident du travail

Le personnel de l'établissement est relativement âgé et les absences sont toutes remplacées (57% des agents ont plus de 45 ans dont 36% plus de 50 ans)

Toutefois au regard de la taille de l'établissement et de ses contraintes sécuritaires ou liées à la continuité de la prise en charge peu de levier peuvent être actionnés.

c) Finances et budget (axe n°3)

Si l'établissement s'est engagé à renseigner dans les délais la transmission des données, celui-ci fait face encore actuellement à l'impossibilité de pouvoir renseigner la totalité des indicateurs demandé en raison des manques liés à la reprise

d) 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)

Les évaluations internes et externes sont programmées et planifiées
Le SI est un des axes fort de l'établissement.

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

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) ?

- **12 places accueil de jour Dont 6 itinérants**
- **6 places accueil de nuit**
- **Plateforme de dépistage de précoce de la fragilité et troubles psy en lien avec les réseaux de services à domicile**
- **Demande de 6 places d'hébergement temporaire dont 2 dédiés à la prise en charge psychiatrique**

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

Les Jardins des Hauts de Ste-Alvère

(Avril 2018)

Synthèse

5. PÉRIMÈTRE DU CPOM

EHPAD « Les Jardins des Hauts de Ste Alvere » 50 lits en hébergements complet+ 8 temporaires

Transfert d'autorisation au 01 juin 2017 –

6. ELEMENTS TRANSVERSAUX - ORGANISME GESTIONNAIRE

L'organisme gestionnaire n'existe pas en tant qu'entité juridique mère, toutefois il intervient sur les fonctions support et transversales :

Performance, démarche qualité et gestion des risques

Système d'information

Ressources humaines

Gestion comptable et financière

Démarche projet

Audits et évaluations internes et externes

Innovations en santé

7. DIAGNOSTIC ETABLISSEMENT

6.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

L'établissement a renseigné les indicateurs en 2016

Les indicateurs sont actuellement encore en cours d'analyse sur le benchmark départemental

Toutefois la première approche indique que l'établissement se situe dans les quantils supérieurs

6.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

Identification de l'ESMS

L'établissement a signé une convention tripartite au 30 MAI 2013 / Avenant au 15 janvier 2014
Les objectifs posés lors de la contractualisation ont fait l'objet de la mise en place d'un plan d'action actualisé en janvier 2018 (annexe 1)

Soins et accompagnement

La formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance a été mise en place
Le COPIL est actif ainsi que les groupes de travail

- Chutes
- Nutrition
- Douleur
- Contention
- PVI et bientraitance

L'établissement se positionne sur un axe fort et innovant :

- La prise en charge des troubles cognitifs d'origine psychiatrique ou non, à travers l'approche par les intelligences multiples

Ressources humaines

La politique RH est formalisée, toutefois la charge en personnel de l'établissement constitue un des éléments pouvant mettre en jeu la pérennité de l'EHPAD

Ressources matérielles

L'établissement est vieillissant et rend difficile la mise en œuvre de plateaux techniques en lien avec notre démarche (salle de snoezelen, atelier d'ergothérapie)

Partenariats, conventions et coopérations

Les partenariats constituent un axe fort de l'établissement
Ce dernier est inscrit dans toutes les instances réseaux et coopérations loco départementales à travers les groupes de travail mis en place ou les COPIL (GCSM)

---

e) Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes (axe n°1)

Du fait de l'orientation de l'établissement les derniers GMP et PMP sont en hausse notable
Ce avec des points marquants et significatifs :

- Le taux d'hospitalisation 0.02%
- Le taux d'occupation en progression actuellement à 93 %

f) Ressources humaines (axe n°2)

Les ressources humaines constituent un point d'attention particulier
Nous avons constaté, grâce à la mise en place en 2018 d'une politique RH forte une régression de l'absentéisme notamment en matière d'accident du travail

g) Finances et budget (axe n°3)

Si l'établissement s'est engagé à renseigner dans les délais la transmission des données, celui-ci fait face encore actuellement à l'impossibilité de pouvoir renseigner la totalité des indicateurs demandés en raison des manques liés à la reprise

h) 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)

Les évaluations internes et externes sont programmées et planifiées
Le SI est un des axes fort de l'établissement.

8. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'établissement a tissé des liens avec le secteur psychiatrique à travers sa participation au COPIL (GCSM)

Il souhaite développer une prise en charge d'accueil des patients âgés suivis à la longue par le secteur psychiatrique tout d'abord en hébergement temporaire puis en hébergement à temps complet

Cette prise en charge innovante sera axée sur le développement des PVI autour des intelligences multiples en corrélation avec le système d'information permettant une traçabilité efficiente.

La mise en place de lits dédiés à la psychiatrie est envisagée dans un contexte de sécurisation à travers une unité de surveillance renforcée

En termes de moyens notre demande porte donc sur des personnels supplémentaires à hauteur de :

- **IDE spécialisée 0.5 ETP**
- **Psychologue formée0.5 ETP**
- **Ergothérapeute 0.5 ETP**
- **AS référente 1 ETP**

ANNEXE 2 : Les fiches actions

Axe 1 : Parcours et coordinations

AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATIONS

Fiche Action N° 1.1 **S'intégrer sur un territoire**	
Référent (personne ou institution) : Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Territoire géographique des établissements en zone rurale
Objectif opérationnel (ou spécifique)	– Favorisation de la coordination avec tous les partenaires de la filière personne âgée à domicile (MAIA, HAD, Soins Palliatifs, assistantes sociales, SSIAD) – Favorisation de la coordination avec tous les partenaires institutionnels médico sociaux (EHPAD, SSR, EHPAD ressources) – Amélioration de la coordination et du partenariat avec les professionnels de santé
Description de l'action	Mise en place et formalisation des conventions permettant une relation fluide et étroite avec le secteur psycho gériatrique, psychiatrique, médico-social et hospitalier • Intégration au sein du réseau psycho gériatrique et psychiatrique en développant le partenariat avec les professionnels de secteur • Engagement au sein du réseau des EHPAD par les groupes de travail et participation aux réunions • Implication dans la politique de maintien des personnes âgées à domicile
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Ingénieur qualité – Équipe mobile de gériatrie – Équipe mobile de géronte-psy établissement de santé spécialisé en santé mentale réseau de soins palliatifs – UPG et Vergers des Balans – GCSSM – Autres réseaux de santé (douleur, etc.) – EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA SSIAD – MAIA CLIC – Médecin traitant
Moyens nécessaires	Rencontres avec les structures existantes Participation aux réunions Interrogation des conventions déjà signées

Calendrier prévisionnel	N / Année 2019
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombre de convention **Indicateurs de résultat (impact)** Nombre de consultation
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Veille juridique Suivi des calendriers

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2.1 **S'appuyer sur les Nouvelles technologies**	
Référent (personne ou institution) : Directeur **Les jardins des hauts de Thenon -Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Désertification médicale de nos territoires
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en place d'innovations de santé dans l'accompagnement de nouvelles technologies
Description de l'action	– Télémédecine – Dossier Médical Partagé (DMP)
Identification des acteurs à mobiliser	– Direction – IDEC – Médecins établissements partenaires – Etablissement partenaire réseaux – Organismes de tutelles
Moyens nécessaires	Réponse à appels à projet Développement de l'outil informatique TITAN Création de temps de consultation Ouverture de notre plateforme à la population environnante
Calendrier prévisionnel	N / N+1
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Suivi de mise en place informatique Formations **Indicateurs de résultat (impact)** Nombre de dossiers traités
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	RGPD MALTA Informatique

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2.2 **Développer l'Accueil Temporaire**	
Référent (personne ou institution) : Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Efficience de l'occupation des 8 places d'accueil temporaire
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Contribution à la politique de maintien à domicile par le développement de l'activité de séjour temporaire
Description de l'action	– Renforcer l'implication des 8 places d'accueil temporaire dans la filière domicile – Etre acteur du réseau du domicile – Elargir les profils des personnes âgées concernées – Créer 2 ou 4 places d'accueil temporaire (d'urgence) à Thenon (soumis à autorisation)
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrice • IDEC • Médecin Co • Organismes de tutelles • Réseaux gérontologiques et filières
Moyens nécessaires	– Communiquer – Participer à des réunions – Rencontrer les acteurs de la filière – Déposer un dossier de création de places
Calendrier prévisionnel	N+4
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Agenda Réunions **Indicateurs de résultat (impact)** Liste d'attente Taux d'occupation
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Circuit du résident Formalisation du circuit d'admission

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N°2.3 **Elargir notre savoir faire**	
Référent (personne ou institution) : Directeur général, Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Adapter nos structures à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (profils de plus en plus fréquents)
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Intégration progressive de l'accompagnement et la prise en charge des personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques au sein des structures (lits dédiés) Sociabilisation et insertion psycho sociale au sein des structures, du public psychiatrique Structuration de la continuité du parcours Personnes âgées et Secteur Psychiatrique
Description de l'action	– Mise à jour des projets d'établissement et des modalités d'accueil – Partenariats et conventions avec le secteur psychiatrique – Formations du personnel
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Psychologue • Ingénieur qualité • Organismes de Tutelles • GCSMS
Moyens nécessaires	Plan de Formation du personnel Conventions Partenariat avec un psychiatre
Calendrier prévisionnel	N/N+3 Projets établissements et conventions (2019 évaluation externe) Structuration des réseaux et partenariats – Formations

Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** – Etat d'avancement du projet d'établissement et des conventions d'adhésions des partenaires **Indicateurs de résultat (impact)** – Suivi statistique des résidents accompagnés

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2.4 **Favorisation d'une filière psychiatrique**	
Référent (personne ou institution) : Directeur général, Directeur **Les jardins des hauts de Thenon**	
Constat du diagnostic	Absence d'une filière de prise en charge des personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Promouvoir et favoriser la continuité du parcours des Personnes âgées présentant des troubles psychiatriques en collaboration avec le secteur psychiatrique (référent)
Description de l'action	Promotion d'une Filière de prise en charge des personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques Favorisation de la coordination avec tous les partenaires du secteur – Coordination avec les EHPAD partenaires (EHPAD) – Coordination avec les acteurs du secteur psychiatrique – Coordination avec les acteurs du maintien à domicile – Coordination avec les professionnels de santé Promouvoir l'accompagnement des résidents issus du secteur psychiatrique en EHPAD Mise en place d'une expertise Géronto psychiatrique en EHPAD à travers le programme des intelligences multiples en lien avec le secteur psychiatrique – Evaluation et dépistage – Orientation – Ateliers spécifiques

Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Ingénieur qualité • GCSMS • EHPAD • Organismes de tutelles • Médecins Psychiatres • MAIA et Filière Gérontologique
Moyens nécessaires	Autorisation des tutelles a la délocalisation et création d'accueil de jour/ nocturne /temporaire d'urgence Construction d'un nouveau bâtiment
Calendrier prévisionnel	N 2019 / 2020 dépôts des Projets de création de places N+1 Structuration des réseaux et partenariats N+2 Accueil des résidents N+3 / N+4 Mise en chantier N+5 Evaluation retours d'expérience
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Avancement des réseaux et partenaires (nombre de convention) Avancement du chantier de délocalisation **Indicateurs de résultat (impact)** Statistique des personnes prises en charge Retour de la filière psychiatrique
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Protocoles et procédures

AXE 2 : REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION

Fiche Action N° 2.5 **Délocalisation de l'établissement Les Jardins des Hauts de Thenon** **Soumis à autorisation**	
Référent (personne ou institution) : Directeur Général - Directrice **Les jardins des hauts de Thenon**	
Constat du diagnostic	Locaux vieillissants et inadaptés à la fiche N° 2.4
Objectif opérationnel (ou spécifique)	<u>Demande d'autorisation</u> – Accueil de jour/ nocturne et repérage 12 places (autorisation création) – Hébergement temporaire • D'urgence 4 places – Hébergement permanant • Traditionnel (Thenon) 43 places <u>Construction des locaux</u> – Hébergement permanent (43 individuels) – Accueil temporaire dédié (4) – Accueil de jour (12)

Description de l'action	• Dépôts des demandes d'autorisation • Autorisations, achat du terrain et construction • Méthodologie avec l'articulation des différents partenaires • Cohérence et perspectives des acteurs autour du projet
Identification des acteurs à mobiliser	• Partenaires ARS Conseil départemental Mairie • DOMIDEP • Partenaires exterieurs et financeurs • Directrices • Cadres de santé • Ingénieur qualité • GCSSM • Équipe mobile de gériatrie • Équipe mobile de géronte-psy établissement de santé spécialisé en santé mentale
Moyens nécessaires	Délocalisation de l'EHAPD de Thenon (intra commune) (ACJ et hébergement temporaire) Mise en adéquation des personnels – AS – ASH – Psychologue – Médecin Co Formations Moyens de transport
Calendrier prévisionnel	N 2019 Projets établissements et conventions N+1 Structuration des réseaux et partenariats – Formations N+2 Accueil des résidents psychiatriques N+3 / N+4 Mise en chantier N+5 Evaluation retours d'expérience
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** **Indicateurs de résultat (impact)**
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Protocoles et procédures liées à la prise en charge psychiatrique .....

Axe 3 : Prevention et qualité des soins

AXE 3 : PREVENTION ET QUALITE DES SOINS

Fiche Action N°3.1 **Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse**	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Commission du médicament Commission gérontologique
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en place d'une politique de bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie

Description de l'action	Prise en compte de la iatrogénie médicamenteuse et institutionnelle au regard des traitements Mise en place de la dispensation informatisée en lien avec Titan Revoir l'organisation de préparation des médicaments, par le biais de conventionnements avec les pharmacies.
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Pharmacie Ste Alvere et Thenon • Médecin Co et traitants • Ingénieur qualité
Moyens nécessaires	Création d'une commission gériatrique Outil informatique
Calendrier prévisionnel	N / N+2
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Suivi et traçabilité des prises Indicateurs de l'OMEDIT Informatisation dispensation **Indicateurs de résultat (impact)** Traçabilité des couts
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	OMEDIT

AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3.2 **Prévenir la Dénutrition**	
Référent (personne ou institution) : Infirmière coordinatrice **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Pourcentage de résident dénutris
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Amélioration de la prévention du dépistage et la prise en charge de la dénutrition

Description de l'action	Bilan à l'entrée Préconisations de l'ergothérapeute Suivis mensuels Travail avec les cuisiniers
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Ingénieur qualité • Médecin Co • Prestataire de cuisine
Moyens nécessaires	Groupe de travail Repas évaluatif Matériel ergonomique
Calendrier prévisionnel	N / N+1
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Avancement du déploiement informatique Nombre de réunion groupe **Indicateurs de résultat (impact)**
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	ANAES et HAS

AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3.3 **Développer les Ateliers spécifiques**
Référent (personne ou institution) : Psychologue et ergothérapeute **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**

Constat du diagnostic	Nécessité de développement et suivi des ateliers spécifiques
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Remobilisation et autonomisation des personnes (Promotion de l'autonomie) Prévenir et diminuer les troubles cognitifs et démentiels, prévention de la dépression du sujet âgé par des ateliers en lien avec les intelligences multiples
Description de l'action	– Mise en place de groupe de travail inter établissements sur le risque de dépression – Repérage des fragilités des résidents – Création de sous-groupes en fonction des besoins – Formation et sensibilisation du personnel aux ateliers spécifiques
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Médecin Co • Psychologue • Ergothérapeute • Intervenants extérieurs (ciel bleu – kinésithérapeutes – associations)
Moyens nécessaires	Groupes de travail Formation Création d'ateliers thématiques
Calendrier prévisionnel	N / N+1 à 4
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** – COPIL – Nombre de réunion – Analyse – Suivi des statistiques **Indicateurs de résultat (impact)** Traçabilité sur titan (évaluations et évolution du comportement)
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	

AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N° 3.4

Améliorer l'Hygiène bucco-dentaire	
Référent (personne ou institution) : Infirmière coordinatrice **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	L'hygiène bucco-dentaire n'est pas suffisamment une priorité pour les soignants et résidents
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Sensibiliser le personnel et les résidents Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire au quotidien Créer un réseau de soins
Description de l'action	– Repérage à l'entrée du résident et protocole individualisé – Formation du personnel – Développement des protocoles et procédures spécifiques – Traçabilité des soins bucco dentaires – Inclure le bucco-dentaire dans le projet de soin – Signer une convention avec les professionnels
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrices • Cadres de santé • Médecin Co • EHPAD ressource
Moyens nécessaires	– Formation – Achat Matériel
Calendrier prévisionnel	N / N+5
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombre de protocole Nombre de formations Nombre d'interventions **Indicateurs de résultat (impact)**
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Contrôler les pratiques professionnelles

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N° 4.1 **Faire vivre le Projet de Vie Individualisé**	
Référent (personne ou institution) : Psychologue **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Difficultés à suivre et remplir les objectifs inscrits dans les projets de vie
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mise en place, suivi et révision du PVI Définir la place des familles
Description de l'action	– Réunions interdisciplinaires autour du résident – Saisie et analyse des antécédents et de l'historique à l'aide de l'outil informatique permettant la traçabilité – Nommer des référents à l'arrivée du résident – Evaluation des capacités à travers les intelligences multiples – Contractualisation des projets d'accompagnement avec le résident et la famille – Intégrer au PVI le consentement éclairé, les directives anticipées et la personne de confiance
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrice • IDE • IDEC • Psychologue • Ergothérapeute • Médecin Co • Résidents et familles
Moyens nécessaires	Temps dédiés inter professionnels Adapter l'outil Informatique Protocole de recueil des données Outils de communication
Calendrier prévisionnel	N / N+5
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombres de PVI finalisés Suivi Nombre de consentement résidents / familles **Indicateurs de résultat (impact)**

Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	RGPD

AXE 4 : PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Fiche Action N° 4.2 **Ré-écrire le Projet d'Etablissement**	
Référent (personne ou institution) : Directeur général, Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Projet d'Etablissement écrit en 2014 à revoir et adapter
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Refonte du projet d'établissement prenant en compte les orientations du CPOM et la philosophie du groupe Zinder
Description de l'action	– Réinterroger le projet d'établissement par structure – Evaluation externe (2022) – Revoir le projet de soin en incluant les accompagnements spécifiques (psycho gériatrie et psychiatrie) – Inclure le projet de vie individualisé
Identification des acteurs à mobiliser	• Direction • Ingénieur qualité • Ensemble des personnels de l'EHPAD
Moyens nécessaires	Groupes de travail
Calendrier prévisionnel	N / N+5
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Plan d'action qualité - Diagnostic PA Le PE nouvelle version **Indicateurs de résultat (impact)**
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Réaliser une synthèse accessible à tous

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N° 5.1 **Promouvoir la bientraitance**	
Référent (personne ou institution) : Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Lutter contre les certitudes et les habitudes du personnel
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance Diffusion et appropriation des recommandations des bonnes pratiques
Description de l'action	Analyse des pratiques professionnelles Formation Réunions d'échanges interdisciplinaires Suivi des événements indésirables
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrice • IDE • IDEC • Psychologue • Médecin Co • Ensemble du personnel
Moyens nécessaires	Temps dédiés Démarche qualité Formations Audits
Calendrier prévisionnel	N / N+5
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Nombre de personnes formées Plaintes familles ou résidents **Indicateurs de résultat (impact)** Image de marque

Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	Diffuser les bonnes pratiques Mettre en place des audits

AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N° 5.2 **Compétences et Qualité de vie au travail**	
Référent (personne ou institution) : Directeur **Les jardins des hauts de Thenon - Les jardins des hauts de Ste Alvere**	
Constat du diagnostic	Différences de niveaux de compétences et une pyramide des âges haute
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Accroissement des compétences professionnelles Amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD Gestion des risques professionnels
Description de l'action	Gestion prévisionnelle des carrières GPEC Etude à travers le document unique et la mise en place des groupes qualités de vie au travail QVT Développement et mise en place d'une organisation du travail réfléchie et efficiente Au regard des prises en charges spécifiques • Analyse permanente des pratiques • Politique participative • Formation continue
Identification des acteurs à mobiliser	• Directrice • Ensemble des agents de l'EHPAD • Ingénieur qualité performance
Moyens nécessaires	Formations Entretiens individuels et professionnels PRAP 2S Document unique Réunions hebdomadaires interdisciplinaires
Calendrier prévisionnel	N / N+5
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	**Indicateurs de mise en œuvre** Enquêtes satisfaction Plan de Formation

	Nombres d'audit Plan d'action qualité Absentéisme **<u>Indicateurs de résultat (impact)</u>**
Points de vigilance **Bonnes pratiques à promouvoir**	

ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Fiche action n° 1	Nombre de convention Nombre de consultation	S'intégrer sur un territoire						
Fiche action n° 2	Suivi de mise en place informatique Formations Nombre de dossiers traités	S'appuyer sur les nouvelles technologies						
Fiche action n° 3	Agenda Réunions Liste d'attente Taux d'occupation	Développer l'accueil temporaire						
Fiche action n° 4	Etat d'avancement du PE et des conventions d'adhésions avec les partenaires Suivi statistique des résidents accompagnés	Elargir notre savoir-faire						
Fiche action n° 5	Avancement des réseaux et partenaires Avancement du chantier de construction Statistiques des personnes prises en charge Retour de la filière psychiatrique	Favorisation d'une filière psychiatrique						

Fiche action n° 6	Suivi des demandes d'Autorisations	Délocalisation de l'établissement de Thenon						
Fiche action n° 7	Suivi et traçabilité des prises Indicateurs de l'OMEDIT Informatisation dispensation Traçabilité des coûts	Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse						
Fiche action n° 8	CR des réunions Nombre de réunions de travail Suivi sur TITAN	Prévenir la dénutrition						
Fiche action n° 9	COPIL Nombre de réunions Analyse Statistiques Traçabilité sur Titan (évaluations et évolution du comportement)	Développer les ateliers spécifiques						
Fiche action n° 10	Nombre de protocoles Nombre de formations Nombre d'interventions	Améliorer l'hygiène bucco-dentaire						
Fiche action n° 11	Nombre de PVI finalisé Suivi Nombre de consentement résidents/familles	Faire vivre le Projet de Vie Individualisé						

Fiche action n° 12	Plan d'action qualité Diagnostic PA PE nouvelle version	Personnaliser le Projet d'Etablissement						
Fiche action n° 13	Nombre de personnes formées Plaintes familles ou résidents Image de marque	Promouvoir la bientraitance						
Fiche action n° 14	Enquêtes de satisfaction Plan de formation Nombres d'audit Plan d'action qualité Absentéisme	Compétences et Qualité de Vie au travail						

ANNEXE 4 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe

SANTÉ ACTIONS

DDSP
01 AVR. 2015
PPA

ABREGE EVALUATION EXTERNE

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES «Les Jardins de Thenon»



(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)

I/ La démarche d'évaluation interne

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
-Modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.	- L'évaluation interne a été réalisée en 2014. Première partie : Chapitre 1 présentation de l'établissement. Ce chapitre décrit les valeurs, principes, éthique et missions de l'établissement. Deuxième partie : Résultats de l'évaluation interne, se décline en 4 chapitres : 1) La prise en charge globale : gestion des risques, protection et sécurité.	- L'évaluation interne n'a pas été le fruit d'un travail collégial, il semble que les équipes ne se soient pas approprié la démarche.	-Organiser une réunion institutionnelle trimestrielle de suivi de la démarche qualité. La première doit revenir sur l'évaluation interne et externe, leur plan d'action et la place de chacun dans celui-ci.
	2) L'établissement dans son environnement. 3) Projet d'établissement et mise en œuvre. 4) Organisation. Troisième partie : Les plans d'actions - L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation interne complète. Celle-ci est fondée sur des outils scientifiques permettant de mettre en place un plan d'action. Les axes forts ainsi que les axes d'améliorations ont été identifiés et listés clairement.		
	- Concernant chacun des		

	items retenus dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, les outils sont catégorisés de la sorte : Existants, à Améliorer, à Créer. Ce qui permet à l'établissement d'avoir une vision d'ensemble sur ce qui fonctionne bien dans sa structure, ce qui doit-être amélioré.		
- Modalités de mise en œuvre de la démarche qualité en interne.	- La démarche qualité au sein de la structure est pilotée par le directeur de pôle du groupe, il s'agit d'un document annexe au projet d'établissement. Chaque procédure est retracée, son objectif et son champ d'application explicité. Pour chacune des procédures on retrouve la trame suivante : OBJET/ DOMAINE D'APPLICATION / RESPONSABILITES / DESCRIPTION DE L'OBJET / REFERENCES EXTERNES ET INTERNES / DIFFUSION / EVALUATION. -Le plan d'action est décliné en objectifs ou les agents selon leurs attributions sont identifiés, de plus la méthodologie ainsi qu'un échéancier prenant en compte le temps de réalisation de l'action est effective. (à titre d'exemple concernant les procédures un plan d'action est mis en	- Si les différents protocoles sont bien rédigés, ils ne sont pas validés. Faute de médecin coordinateur, aucun autre médecin n'a pris la charge de la validation de ces documents. Les signatures d'appropriation par l'équipe sont prévues mais non effectives de ce fait. -L'IDEC est à mi-temps coordination et à mi-temps soin. Le volet soin prime sur le volet coordination/administration et cela ne permet pas la résorption du retard pris dans la tenue des dossiers et la mise en place des protocoles.	-Il est fortement préconisé de partir de l'excellent document effectué dans le cadre de l'évaluation interne et reprenant l'ensemble des bonnes pratiques professionnelles, mais également les bonnes pratiques en terme de démarche qualité présentes au sein du groupe santé action afin de pérenniser et co-construire la démarche qualité au sein de l'EHPAD. -Le plan d'action existe il est clair et doit-être mis en œuvre dans l'immédiat afin de combler le retard.

	place.)		
- Le rôle des usagers dans le processus d'amélioration de la qualité.	- Le projet d'établissement notamment dans le cadre de la démarche qualité prévoit la participation des familles, par le biais d'enquête de satisfaction. - La structure sollicite les familles dans les prises de décision et certains arbitrages à rendre quant au suivi et l'accompagnement des résidents.		-Définir la manière dont le projet doit participer aux mieux-être des résidents d'une part et comment il contribue à faire de la résidence un espace de sociabilité et de convivialité entre les résidents. - La structure doit mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des familles et des résidents au minimum une fois par an. -Une réunion institutionnelle doit être organisée avec les familles au moins deux fois par an. Afin de présenter aux familles les objectifs du projet d'établissement et la prise en charge spécifique.

II/ La prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESMS.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Modalités de mise en œuvre de la Bientraitance.	- Il existe une culture forte et des valeurs partagé sur la question de la bientraitance.	- Si la structure dispose d'un projet d'établissement qui pose les bases et les valeurs afférentes à la démarche de bientraitance, dans les faits la mise en œuvre de cette dernière repose	-Il n'existe pas de référent bientraitance, ce dernier pourrait pourtant être un garant de la mise en œuvre de la démarche de bientraitance.
	-L'équipe met à profit son bon sens et son		• Etre un repère pour les membres de

	professionnalisme à contribution pour avoir des réactions adaptées face aux résidents. - Les différentes identités professionnelles, sont dans une dynamique d'articulation de leur intervention et de mutualisation informelle et formelle des informations ayant trait aux résidents. Cette dynamique leurs permet d'être très réactif pour adapter leur prise en charge au quotidien eu égard au problème ou problématiques qu'ils rencontrent face à l'accompagnement d'un résident.	surtout sur la forte mobilisation individuelle de chaque membre du collectif. -Aujourd'hui l'équipe travaille déjà à flux tendu, alors qu'elle n'est pas au maximum de son taux d'occupation. L'équipe est consciente qu'une montée en charge du public accueilli, pourrait remettre en cause son bon fonctionnement et limiter les effets de la dynamique de solidarité et d'entraide. Le travail d'organisation au sein de la structure laisse trop de place à la bonne volonté de l'équipe et à sa capacité d'organisation collective, basée sur l'entraide et la solidarité. Si ces aspects sont importants dans la perspective de la mise en œuvre effective d'une démarche de bientraitance cela n'est pas suffisant.	l'équipe. • Suivre la mise en œuvre du recueil des évènements indésirables dans une démarche d'amélioration continue. • Mesurer l'efficience des outils mise en œuvre et pouvoir les réadapter avec l'encadrement et l'équipe au besoin
- La mise en œuvre du projet personnalisé.	- Les professionnels de la structure recueillent auprès des proches des résidents, toutes informations pouvant permettre au projet personnalisé d'être évalué. Ainsi l'entourage affectif et professionnel antérieur du résident est pris en compte dans le	-Le projet personnalisé vient d'être mis en place au sein de la structure, tous les champs ne sont pas renseignés. Il n'y a pas eu de réelle planification de celui-ci.	

	cadre de ce processus d'évaluation. -Le projet personnalisé du résident est effectivement un avenant du contrat de séjour. -Les différents professionnels sont associés au projet personnalisé par des temps d'échanges informels, mais également par le cahier de transmission permettant de l'améliorer.	-Le projet personnalisé n'est pas la priorité de la structure, cela n'est pas dû à une volonté manifeste mais plutôt au fait que la structure a déjà beaucoup de retard sur la gestion administrative quotidienne.	
- L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en EHPAD	- La structure intègre dans le cadre de son projet d'établissement la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	-Les entrées se font souvent sur des situations « d'urgence » (patient (e) adressé(e) par une structure hospitalière parce qu'il/elle ne peut rentrer à domicile ou par un médecin de ville car son état se dégrade et ne lui permet pas de rester seul(e) à domicile). En l'absence de MEDEC, la décision d'institutionnalisation est prise par le cadre administratif, avec avis de l'IDEC.	
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement.	-Le projet d'établissement a été réalisé en 2013, il est validé par les instances.	- Tout comme l'évaluation interne le projet d'établissement ne semble pas être le fruit d'un travail co-construit et collégial.	Un travail de communication sur le PE doit être rapidement effectué auprès du personnel afin de permettre sa compréhension et son
	-Les différents chapitres du projet d'établissement		

	font l'objet d'un document annexe. (Projet de vie et ergothérapie, Programme d'éveil : prise en charge des maladies d'Alzheimer, Projet de Soins, Projet d'animation, démarche qualité...) - Le projet d'établissement a été construit par le directeur de pôle du groupe en concertation avec le comité de direction de l'établissement, un comité de pilotage a été constitué.		appropriation par tous. Un suivi, organisé autour de temps d'échanges formalisés et réguliers, doit être mis en place. Des réunions mensuelles sur les objectifs de celui-ci et son évaluation peuvent-être mises en place. -La structure doit mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des familles et des résidents au minimum une fois par an. Une réunion institutionnelle doit être organisée avec les familles au moins deux fois par an. Afin de présenter aux familles les objectifs du projet d'établissement et la prise en charge spécifique.

III/ Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Prise en compte de la population accompagnée dans le cadre du projet d'établissement.	-Le projet d'établissement intègre la prise en charge des maladies d'Alzheimer, troubles apparentés et troubles cognitifs	Bien que le projet d'établissement prévoit la participation des familles et des résidents, les enquêtes de satisfactions n'ont pas été diffusées cette année.	
- Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée.	- L'équipe fait beaucoup appel à ses compétences personnelles pour proposer des activités. Mais aussi pour se mobiliser personnellement pour palier à l'absence de moyens, afin d'organiser leurs activités ; - L'implication de l'équipe dans les temps d'animation favorise le développement des liens entre les résidents et les professionnelles. - La structure tente de palier à l'isolement géographique, favorisant des sorties à l'extérieur lorsque c'est possible.	- Il n'y a pas de projet d'animation formalisé. - Il n'y a pas de planning d'activité réellement formalisé qui permettent aux résidents d'avoir une visibilité sur les activités et ateliers proposés, à court et moyen terme. - Il n'y a pas de lien entre le projet de vie et de soin du résident et les activités proposés. - Les activités malgré la bonne volonté de l'équipe restent orientées vers de l'occupation.	La structure doit formaliser un projet d'animation ce dernier doit : • Définir la manière dont le projet doit participer aux mieux-être des résidents d'une part et comment il contribue à faire de la résidence un espace de sociabilité et de convivialité entre les résidents. • Articuler le projet de vie et le projet de soin pour définir les activités les plus adaptées pour chaque résident, en fonction de leur situation. • Définir les différents ateliers important en fonction des problématiques individuelles et des problématiques transversales à certains résidents.

IV/ Ouverture de l'EHPAD les Jardins du château de Thenon sur son environnement géographique, socio-culturel et économique.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- La perception du rôle de l'EHPAD les « Jardins du château de Thenon» par les partenaires et bénévoles du secteur.		-La structure ne dispose pas d'un réseau de bénévoles à l'exception de la paroisse.	
- Modalités et mise en place de la coopération et l'action en réseau	- La structure dispose d'une convention avec l'association Palia 24, favorisant l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs. - Une convention avec l'école de soins infirmiers de Brive permet l'accueil de stagiaires de première année. - La structure dispose également d'une convention avec le CSP de Champrevinel (école qui forme les auxiliaires de vie), ce dispositif permet à l'EHPAD de recevoir des profils variés	- La structure ne dispose pas de convention de partenariat avec les Centres Hospitaliers du département.	- La responsable de l'établissement en partenariat avec l'IDEC doit mettre en place un plan d'action. - Adhérer au réseau Clic du Grand Périgueux - Se rapprocher des réseaux gérontologiques du grand Périgueux, à titre d'exemple la fédération nationale des réseaux gérontologiques; afin de participer à des colloques et autres actions. - Le département de la Dordogne compte un nombre important de MAIA, GCS et autres. Un travail doit-être développé dans ce sens.
- La position géographique des «Jardins de Thenon» et son ouverture sur le	- L'établissement se situe dans la commune de Thenon une ville de 1280 habitants, la commune se localise en Dordogne,	-L'établissement demeure fortement isolé, il est un lieu où il n'y a pas énormément	

territoire.	dans la région Aquitaine. La Mairie de la commune se situe à proximité de l'établissement, tout comme le centre-ville. - L'EHPAD se trouve à proximité de l'école primaire avec laquelle elle a longtemps entretenu des activités intergénérationnelles. - L'établissement se situe à cinq minutes de commerces de proximités, café, bureau de poste... L'établissement fait face à plusieurs zones pavillonnaires, ainsi qu'une résidence à loyers modérés.	de passage.	

V/ Personnalisation de l'accompagnement

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Evaluation des besoins et des attentes dans le cadre du projet personnalisé.		- Le projet personnalisé vient d'être mis en place au sein de la structure, tous les champs ne sont pas renseignés. Il n'y a pas eu de réelle planification de celui-ci. - Le projet personnalisé n'est pas la priorité de la structure, cela n'est pas dû à une volonté manifeste mais plutôt au fait que la	- Poursuivre le travail engagé par la psychologue il y a 6 mois. Procéder à une évaluation semestrielle des projets de vie personnalisés.

		structure a déjà beaucoup de retard sur la gestion administrative quotidienne.	
- Modalités d'élaboration du projet personnalisé.	- Recueil des éléments constitutif par la psychologue de la structure dans le cadre d'entretiens avec les résidents.		

VI/ L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Effectivité des droits individuels et collectifs.	- Globalement l'équipe est dans une dynamique d'entraide et de solidarité, sous-tendu part des valeurs partagées de prise en charge et de prise en compte des besoins et des désirs des résidents. - L'équipe passe beaucoup de temps avec les résidents. On peut noter par exemple que les professionnels mangent à table avec les résidents, pour être dans une relation d'aide. Ce fonctionnement qui a été mis en place pour pallier aux manques de moyen humain, il permet finalement une meilleure attention aux plus vulnérables dans une relation d'aide plus humanisée.		
- Prise en compte de l'expression des usagers		-Il existe un manque de formalisation dans le	-

pour améliorer l'accompagnement.		fonctionnement de la structure des modalités de participation des familles et des résidents, dans les décisions ayant trait à la vie de la structure. -Le conseil de vie sociale ne se réunit plus. -L'équipe travaille à flux tendu. La qualité de prise en compte des choix des résidents ne repose que sur leur bonne volonté et leur professionnalisme.	

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

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Modalités de mise en place du respect de la dignité et du droit à l'intimité.	- Les chambres sont équipées d'un lit médical, d'un espace salle de bains avec une douche avec siège fixé au mur, ainsi qu'un sanitaire permettant aux personnes en fauteuil roulant de s'y sentir à l'aise. - Les résidents sont libres d'aménager et de décorer leur chambre en fonction de leurs goûts et de leurs désirs. - Chaque chambre est personnalisée avec		

	des photos, bibelots ou autres objet rappelant au résident sa singularité et son identité. - Les professionnels de santé frappent avant de pénétrer dans une chambre ou une salle de bain.		
- Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement.	- La personne de confiance est désignée dès l'admission et apparaît dans le dossier informatique et papier du résident. Ses coordonnées sont mises à jour dès que nécessaire. - Durant les premières semaines de l'admission, les équipes pluridisciplinaires complètent les données sur le résident sur le logiciel et s'attachent à réaliser un projet personnalisé en sollicitant les familles, tant que faire se peut ; la psychologue est associée à cette élaboration. - Les informations médicales ne sont jamais divulguées par téléphone mais directement auprès du résident ou de la personne de confiance. - Les chartes du résident, de la vie sociale des Personnes Agées en institution et de la douleur sont affichées dans l'entrée.	- Les médecins ne saisissent qu'exceptionnellement leurs ordonnances ou leurs observations sur le logiciel de soins. Les infirmières reportent les ordonnances dans le dossier informatisé. - Les entrées se font souvent sur des situations « d'urgence » (patient (e) adressé(e) par une structure hospitalière parce qu'il/elle ne peut rentrer à domicile ou par un médecin de ville car son état se dégrade et ne lui permet pas de rester seul(e) à domicile). En l'absence de MEDEC, la décision d'institutionnalisation est prise par le cadre administratif, avec avis de l'IDEC.	-La structure doit recruter rapidement un MEDEC.

- Formation continue et professionnelle	- Le plan de formation 2012/2014 est clairement établi et répertorié. - Les formations réglementaires sont proposées en priorité (sécurité incendie, gestion d'urgence). - Les demandes de formation sont recensées auprès de la direction lors des entretiens individuels annuels. - La validation des acquis de l'expérience (VAE) est proposée, deux personnes en ont bénéficié en 2014	- L'IDEC n'a pas réalisé de formation lui permettant de développer le volet coordination. - La directrice-adjointe n'a effectué aucune formation lui permettant d'évoluer et de devenir manageur à part entière au sein de la structure. - Les différents professionnels de la structure n'ont pas suivi de formation relative à la question de la bientraitance.	

VIII/ Appréciation globale de l'évaluation externe

Nous remercions toute l'équipe de l'EHPAD « Les jardins de Thenon » pour leur accueil et leur disponibilité à l'égard de l'équipe d'évaluatrice ; ce dernier a réellement contribué à créer un climat propice au recueil et à l'analyse des données.

L'organisation générale de la structure, s'inscrit dans une dynamique de prise en charge du résident dans son quotidien. Dans cette perspective, l'ensemble de l'équipe fait de son mieux et l'action individuelle des différents membres de l'équipe est sous-tendue par une écoute et une bienveillance à l'égard des résidents et de leurs familles.

Notre système de cotation fait ressortir 29 POINTS FORTS et 13 POINTS DE PROGRES:

- 9 A et 20 B
- 11 C et 2 D

Les différents membres de l'équipe d'encadrement sont conscients des difficultés rencontrées pour mettre en cohérence leurs actions et travailler à l'émergence d'un vrai collectif de direction.
Par ailleurs l'ensemble des professionnels dans sa globalité est conscient que l'articulation entre projet de soin, projet de vie et projet d'animation, peut être une clé d'élucidation pour avoir une vision, plus globale et à long terme de la prise en charge du résident.

Nous ne doutons pas de la capacité qu'aura l'ensemble des professionnels à s'approprier le contenu de l'évaluation externe pour les aider dans ce sens. En effet la culture d'entraide et de solidarité qui règne dans l'établissement sera un levier sur lesquels ils sauront s'appuyer.
D'autant que cette culture s'adosse et s'inscrit sur une attention portée au résident et une réelle volonté de participer à son bien-être.

IX/ Méthodologie de l'évaluation externe

ITEMS	
- Référentiel	La méthode d'évaluation externe du cabinet MDFORMACONSULTANTE s'appuie sur le référentiel EVA 2 qui comprend 7 chapitres et 42 items. Chaque item correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation. La définition du manuel aboutit à fixer 4 niveaux pour chacun des items : A, B, C ou D. A et B étant des « points forts », C et D des «points de progrès».
- Méthodologie	- Evaluation participative: - Observation et recueil des données sur site - Entretiens directifs et semi-directifs individuels: des membres du personnel, des résidentes. -Réunion du Comité de Pilotage - Groupe d'analyse des pratiques professionnelles - Groupe d'analyse des représentations des usagers
- Modalités d'implication des équipes.	- Présentation de la démarche d'évaluation externe en amont lors d'une réunion sur site. -Proposition du cadre évaluatif et ajustement en fonction des propositions recueillies. -Forte implication des équipes à la démarche.
- Modalités d'associations des usagers.	-Entretiens semi-directifs -Observation partitive - Analyse des pratiques
- Dates de début et de fin de mission	- La mission d'évaluation a été effectuée en deux temps: 3 jours sur sites 4 jours de rédaction et d'analyse des données.

X/ Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Nous avons été très agréablement surpris par la convivialité des évaluateurs leur implication et le degré de compétence ainsi que le professionnalisme de l'ensemble de l'équipe, dédramatisant ainsi cette intervention. Les résultats nous permettrons de travailler sur les axes d'améliorations avec l'implication de l'ensemble des personnels et des résidents.	

SANTÉ ACTIONS

DDSP
01 AVR. 2015
PPA

MDF

SYNTHESE EVALUATION EXTERNE



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES «LES JARDINS DE THENON»

MDFORMACONSULTANTE – SIRET: 523 213 478 00028 – N° H 2013 – 12 – 1347 l

Introduction

L'évaluation interne a été réalisée en 2014, celle-ci se décline en trois chapitres.
Tout d'abord, la présentation générale de l'établissement. Les différentes pathologies prises en charge sont détaillées, ainsi que l'environnement institutionnel. Ce chapitre est très détaillé il regroupe notamment la file active, ainsi que le profil des populations accueillies.
Le chapitre second explicite le cadre méthodologique, la démarche retenue par la structure est participative. Un comité de pilotage a été constitué, le contexte de la réalisation de l'évaluation interne est expliqué notamment la reprise en 2012 de l'établissement par le groupe santé-action et la réorganisation structurelle que celle-ci a engendré. Le comité de pilotage avait une double mission : mettre en place la démarche qualité au sein de la structure et réaliser l'évaluation interne. Toutes les problématiques rencontrées par le comité sont listées ainsi que les questionnements éthiques rencontrées.

Le chapitre concernant les résultats de l'évaluation interne reprend les recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM ou de l'ARS. Pour chaque item l'analyse de la situation des suivis est munie d'un indice qualité selon un code couleur : Systématiquement, Régulièrement, Rarement, Jamais afin de définir le degré de satisfaction de l'item.

L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation interne complète. Celle-ci est fondée sur des outils scientifiques permettant de mettre en place un plan d'action. Les axes forts ainsi que les axes d'améliorations ont été identifiés et listés clairement.
Concernant chacun des items retenus dans le cadre de la démarche d'évaluation interne, les outils sont catégorisés de la sorte : Existants, à Améliorer, à Créer. Ce qui permet à l'établissement d'avoir une vision d'ensemble sur ce qui fonctionne bien dans sa structure, ce qui doit-être amélioré.

Le plan d'action est décliné en objectifs ou les agents selon leurs attributions sont identifiés, de plus la méthodologie ainsi qu'un échéancier prenant en compte le temps de réalisation de l'action est effective. (à titre d'exemple concernant les procédures un plan d'action est mis en place.)

La démarche qualité au sein de la structure est pilotée par le directeur de pôle du groupe, il s'agit d'un document annexe au projet d'établissement. Chaque procédure est retracée, son objectif et son champ d'application explicité. Pour chacune des procédures on retrouve la trame suivante : OBJET/ DOMAINE D'APPLICATION / RESPONSABILITES / DESCRIPTION DE L'OBJET / REFERENCES EXTERNES ET INTERNES / DIFFUSION / EVALUATION.
La démarche d'évaluation reprend tous les aspects réglementaires développés par le cahier des charges de l'ANESM.

Néanmoins il est a noter que l'évaluation interne n'a pas été le fruit d'un travail collégial, il semble que les équipes ne se soient pas approprié la démarche.

I/ Les conditions de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des usagers.

La convention tripartite de première génération a été signée en 2006. Le renouvellement de la convention tripartite a eu lieu en 2011.
Le projet d'établissement a été réalisé en 2013, il est validé par les instances.
Les différents chapitres du projet d'établissement font l'objet d'un document annexe. (Projet de vie et ergothérapie, Programme d'éveil : prise en charge des maladies d'Alzheimer, Projet de Soins, Projet d'animation, démarche qualité…)

Le projet d'établissement intègre la prise en charge des maladies d'Alzheimer, troubles apparentés et troubles cognitifs.
Il prévoit et organise la participation ainsi que l'expression des personnes accueillies.

Le projet d'établissement notamment dans le cadre de la démarche qualité prévoit la participation des familles, par le biais d'enquête de satisfaction.

Celui-ci intègre les principes de la charte des Droits et Libertés de la personne âgée accueillie, ainsi que les orientations générales de qualité développées par la loi de 1997 concernant la convention tripartite.
Le projet d'établissement a été construit par le directeur de pôle du groupe en concertation avec le comité de direction de l'établissement, un comité de pilotage a été constitué.

Cependant tout comme l'évaluation interne le projet d'établissement ne semble pas être le fruit d'un travail co-construit et collégial.

La personne de confiance est désignée dès l'admission et apparaît dans le dossier informatique et papier du résident. Ses coordonnées sont mises à jour dès que nécessaire.

Durant les premières semaines de l'admission, les équipes pluridisciplinaires complètent les données sur le résident sur le logiciel et s'attachent à réaliser un projet personnalisé en sollicitant les familles, tant que faire se peut ; la psychologue est associée à cette élaboration.

Les informations médicales ne sont jamais divulguées par téléphone mais directement auprès du résident ou de la personne de confiance

Les transmissions sont réalisées dans le cabinet médical ou une salle de repos, porte fermée.

Les soins sont réalisés en chambre, porte fermée.

Les professionnels de santé frappent avant de pénétrer dans une chambre ou une salle de bain.

Les chartes du résident, de la vie sociale des Personnes Agées en institution et de la douleur sont affichées dans l'entrée.

II/ L'ouverture de l'établissement «Les Jardins de Thenon» sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique.

L'établissement se situe dans la commune de Thenon une ville de 1280 habitants, la commune se localise en Dordogne, dans la région Aquitaine. La Mairie de la commune se situe à proximité de l'établissement, tout comme le centre-ville.
« Les jardins de Thenon » est un établissement récent construit en 2000 et agrandi en 2005, la structure dispose d'espace extérieur ainsi que d'un jardin thérapeutique.

L'EHPAD se trouve à proximité de l'école primaire avec laquelle elle a longtemps entretenu des activités intergénérationnelles.
L'établissement se situe à cinq minutes de commerces de proximités, café, bureau de poste…
L'établissement fait face à plusieurs zones pavillonnaires, ainsi qu'une résidence à loyers modérés.
90% des résidents de la structure sont originaire de la Dordogne, ce qui leur permet de conserver quelques habitudes de vie.

La structure dispose d'une convention avec l'association Pallia 24, favorisant l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs.
Une convention avec l'école de soins infirmiers de Brive permet l'accueil de stagiaires de première année.
La structure dispose également d'une convention avec le CSP de Champrevinel (école qui forme les auxiliaires de vie), ce dispositif permet à l'EHPAD de recevoir des profils variés.

La responsable de l'établissement en partenariat avec l'IDEC doit mettre en place un plan d'action.
- Adhérer au réseau Clic du Grand Périgueux
- Se rapprocher des réseaux gérontologiques du grand Périgueux, à titre d'exemple la fédération nationale des réseaux gérontologiques; afin de participer à des colloques et autres actions.

Le département de la Dordogne compte un nombre important de MAIA, GCS et autres. Un travail doit-être développé dans ce sens.

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

Une réponse téléphonique à une demande d'admission est systématiquement organisée.
Les demandes d'admission sont envoyées à la directrice-adjointe de la structure qui invite les familles à venir visiter l'EHPAD.
Une visite de la structure est organisée, le livret d'accueil de la structure contenant les prestations et leurs tarifs est remis aux familles (règlement intérieur, la charte des droits et libertés, contrat de séjour).

La procédure d'admission est une décision intégrant l'avis de la directrice-adjointe, de l'IDEC. Le référent institutionnel identifié pour l'accueil des familles est la directrice-adjointe.

Les différents professionnels sont associés au projet personnalisé par des temps d'échanges informels, mais également par le cahier de transmission permettant de l'améliorer.

Dans le cadre de cet accompagnement individualisé, les habitudes religieuses et culturelles sont également prises en compte.

Le projet personnalisé vient d'être mis en place au sein de la structure, tous les champs ne sont pas renseignés. Il n'y a pas eu de réelle planification de celui-ci.

De plus le projet personnalisé n'est pas la priorité de la structure, cela n'est pas dû à une volonté manifeste mais plutôt au fait que la structure a déjà beaucoup de retard sur la gestion administrative quotidienne.

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

Le recours à la contention ne peut se faire que sur prescription médicale pour tous les résidents. L'arrêt de la contention fait l'objet d'une prescription rangée dans le dossier médical et dans le DSI. Ce qui est pratiqué est la pose d'une barrière pour sécuriser le résident, un matelas étant disposé par terre de l'autre côté du lit.

Il n'existe pas de procédure de contention physique permettant de définir les modalités de prescription, les modalités d'application, mais surtout les précautions et surveillances à mettre en place.

Tous les soignants ne disposent pas et n'ont pas connaissance du mode opératoire relatif aux contentions. Tous les professionnels ne sont pas sensibilisés ou formés.

Des fiches de déclaration de chutes sont complétées et sont analysées par l'équipe soignante analyse des circonstances). Ils sont reportés sur PSI. Un traitement statistique des chutes est fait. Les salles de bain sont équipées d'un revêtement de sol adapté et antidérapant.

Il existe un plan de prévention de la chaleur. Des compléments nutritionnels sont prescrits en prévention de la dénutrition. Une évaluation de l'état nutritionnel du résident est réalisée dès l'admission par les médecins, non retranscrite sur PSI. Les indications de poids complétées si besoin d'examens biologiques, figurent dans le dossier. Le contrôle du poids est effectué mensuellement ou plus souvent sur prescription médicale.

Une procédure de gestion des risques non infectieux est en place, un plan de continuité d'activité a été déposé à l'ARS.

L'établissement dispose de matériel à usage unique pour les soins médicaux.

Les membres du personnel sont formés tous les ans à un protocole de bio-nettoyage, des Audits sont effectués. Le document unique des risques est actif. Le DARI est effectif. Le manuel HACCP est présent au sein de la structure. L'établissement a reçu un avis favorable de la commission sécurité en 2011.
Les différents contrats de maintenance sont présents au sein de la structure (ascenseurs, sécurité incendie, chauffage, désenfumage…).L'astreinte administrative est effective, les appels sont réceptionnés 24H/24H.
Le carnet sanitaire est présent au sein de l'établissement.

SANTÉ ACTIONS

ABREGE EVALUATION EXTERNE

ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES «Les Jardins de Sainte-Alvère»



(3.7 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3-10 du code de l'action sociale et des familles)



I/ La démarche d'évaluation interne

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
-Modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne.	- L'évaluation interne a été réalisée en 2013, la structure a utilisé le référentiel d'auto-évaluation Angélique, en cohérence avec les recommandations de l'ARS et de la convention tripartite renouvelée en 2012. -Le chapitre I relatif aux attentes et à la satisfaction des familles décliné en trois parties, a identifié des référents sur chacune des thématiques développées. A titre d'exemple les personnes identifiées pour le volet : Accueil/Admission et vie social sont la Direction, l'agent d'accueil, l'IDEC, la Psychologue et l'AMP. L'auto-évaluation suites aux différentes données récoltées fait ressortir cet item comme un point fort de la structure. Cependant le plan d'action préconise un travail d'amélioration dans le recueil d'information. Une procédure a donc été mis en place suite au plan d'action afin d'améliorer le pré-accueil et l'accueil au sein de la structure. Cela passe notamment par le recueil des habitudes de vie par		

	l'IDEC. -L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation interne complète. Celle-ci est fondée sur des outils scientifiques permettant de mettre en place un plan d'action. Les axes forts ainsi que les axes d'améliorations ont été identifiés et listés clairement en outre 95% des axes pointés par le plan d'action ont été effectués un an et demi après celui-ci.		
- Modalités de mise en œuvre de la démarche qualité en interne.	- La démarche qualité au sein de la structure est pilotée par la responsable de l'établissement. Un travail de présentation des protocoles a été effectué par l'IDEC aux professionnels. Chacun des professionnels a signé le registre des protocoles. Ceux-ci les consultent régulièrement. - Chaque action en terme de démarche qualité est décliné en fiche action : Objectif/Actions en Cours/Constats Situation Actuelle/Finalité/Moyens : Humains, Matériels, Financiers/Indicateurs de suivis et Date Butoirs. L'équipe d'évaluateur a pu constater que les fiches actions avaient scrupuleusement été suivies et les actions prévues mises en œuvre.		

	-Le point fort de cette structure est sans aucun doute, le fait que la responsable de la structure implique les équipes dans cette démarche qualité. Ils sont co-acteurs de celle-ci et participent aux différentes étapes. De plus celle-ci n'est pas vue comme une contrainte mais comme un appui à la réalisation de leurs missions quotidiennes. -Les agents ont été associés à la démarche d'évaluation interne.		
- Le rôle des usagers dans le processus d'amélioration de la qualité.	- Les familles par le biais des enquêtes de satisfaction participent à la démarche d'évaluation interne.		

II/ La prise en compte des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESMS.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Modalités de mise en œuvre de la Bientraitance.	- La charte de prévention de la maltraitance ainsi que le numéro «Allo Maltraitance» sont affichés à l'accueil de l'établissement. - La direction prend ses responsabilités et ne transige pas sur ces questions aussi bien pour		

	les résidents, que dans un souci de garantir des bonnes qualités de travail à l'équipe. Elle n'hésite pas à se séparer d'un membre du personnel maltraitant. - L'ensemble du collectif est porteur d'une culture du respect d'une volonté d'assurer le bien-être, la dignité et la qualité de vie des résidents dans la structure. - L'équipe est soucieuse du respect de l'intimité des résidents : elle s'annonce avant d'entrer dans une chambre, elle ferme la porte des chambres des résidents lorsque ces derniers sont alités.		
- La mise en œuvre du projet personnalisé.	- Le projet personnalisé retrace les événements marquant de la vie du résident, son histoire familiale, sociale et professionnelle. - Les professionnels de la structure recueillent auprès des proches des résidents, toutes informations pouvant permettre au projet personnalisé d'être évalué. Ainsi l'entourage affectif et professionnel antérieur du résident est pris en compte dans le cadre de ce processus d'évaluation. -Les différents professionnels sont associés au projet	-	-

	personnalisé par des temps d'échanges informels, mais également par le cahier de transmission permettant de l'améliorer.		
- L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en EHPAD	- Une convention avec le Centre Hospitalier de Mont-Pont est contractuelle, plus particulièrement avec l'unité géronto-psy. - La responsable de la structure souhaite mettre en place un PASA en début 2016, actuellement l'étude de faisabilité est en cours de réflexion.	-La structure ne collabore pas avec le CLIC et la MAIA des alentours. Les évaluateurs prennent en compte le caractère isolé de la ville. Cependant la ville de Périgueux se situe à une quarantaine de kilomètre de la structure et dispose de plusieurs réseaux permettant d'améliorer cette ouverture de l'établissement.	La responsable de l'établissement en partenariat avec l'IDEC doit mettre en place un plan d'action. - Adhérer au réseau Clic du Grand Périgueux - Se rapprocher des réseaux gérontologiques du grand Périgueux, à titre d'exemple la fédération nationale des réseaux gérontologiques; afin de participer à des colloques et autres actions. Le département de la Dordogne compte un nombre important de MAIA, GCS et autres. Un travail doit-être développé dans ce sens.
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement.	- Le projet d'établissement a été réalisé en 2011 et réactualisé en 2014, il est validé par les instances. - Les différents chapitres du projet d'établissement sont présents (l'Histoire de l'établissement de la congrégation à l'EHPAD, Le projet de vie avec la gestion personnalisé des		

	pathologies spécifique et la réflexion autour du PASA, Le projet de soins intégrant la participation des familles et la démarche continue d'amélioration de la qualité). - Le projet d'établissement intègre la prise en charge des maladies d'Alzheimer, troubles apparentés et troubles cognitifs. En effet la structure souhaite mettre en place PASA.		

III/ Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Prise en compte de la population accompagnée dans le cadre du projet d'établissement.	- L'établissement intègre dans son projet de vie la prise en charge des pathologies psychiatriques et psycho gérontologie, celle-ci passe notamment par un partenariat avec le Centre Hospitalier. - Le projet d'établissement intègre la prise en charge des maladies d'Alzheimer, troubles apparentés et troubles cognitifs. En effet la structure souhaite mettre en place PASA.		

- Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée.	- La structure favorise l'ouverture sur l'extérieur et fait venir différents intervenant de façon ponctuelle : • Les chiens visiteurs. • Le centre équestre est venu, déguisé. • Visite de lamas. • Expovente de vêtements. Une chorale de retraités vient trois fois par an	-La programmation, même si elle participe à donner mettre de la vie dans l'établissement, est surtout orientée vers de l'occupationnel. Ainsi si cela favorise les liens entre les résidents et les résidents et l'équipe, ce n'est pas un outil qui permet de travailler des objectifs précis dans la prise en charge du résident. - Les différents membres de l'équipe qui mettent place des animations, manquent de moyen : la plupart du temps elles ne disposent que d'objets de récupération.	- Travailler avec la psychologue et l'IDEC les besoins de chaque résidents dans le cadre du projet de vie et du projet de soin pour : • Identifier les activités permettant de freiner la perte d'autonomie de chaque résident. • Restaurer ou maintenir les capacités motrices ou psychiques des résidents qui en ont besoin.

IV/ Ouverture de l'EHPAD les Jardins de Sainte-Alvère sur son environnement géographique, socio-culturel et économique.

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- La perception du rôle de l'EHPAD les « Jardins de Sainte-Alvère» par les partenaires et bénévoles du secteur.			
- Modalités et mise en place de la coopération et l'action en réseau	- Une convention avec la Clinique Pasteur de Bergerac relative à l'HAD est effective. L'intervention des équipes mobiles de	-Il n'existe pas de convention avec d'autres établissements médico-sociaux du secteur. -La structure n'a pas de	- La responsable de l'établissement en partenariat avec l'IDEC doit mettre en place un plan d'action. - Adhérer au

	soins palliatifs Palia 24 est également effective. -Une convention avec le Centre Hospitalier de Mont-Pont est contractuelle, plus particulièrement avec l'unité géronto-psy.	relation avec des associations spécifiques lui permettant d'améliorer la prise en charge du public accueillie.	réseau Clic du Grand Périgueux - Se rapprocher des réseaux gérontologiques du grand Périgueux, à titre d'exemple la fédération nationale des réseaux gérontologiques; afin de participer à des colloques et autres actions. - Le département de la Dordogne compte un nombre important de MAIA, GCS et autres. Un travail doit-être développé dans ce sens.
- La position géographique des «Jardins de Sainte-Alvère» et son ouverture sur le territoire.	- L'établissement se situe dans la commune de Sainte-Alvère une ville de 856 habitants, la commune se localise en Dordogne dans l'arrondissement de Bergerac. La Mairie de la commune se situe à proximité de l'établissement, tout comme l'office de tourisme. - L'EHPAD se localise à proximité de la place centrale et de ces lieux de vies, tel que des cafés, des commerces de proximité etc. - La structure entretient de bons rapports avec la municipalité d'ailleurs le maire de la ville,		

	également médecin, intervient au sein de la structure. - L'EHPAD se trouve en face de l'école primaire de Sainte-Alvère partenaire privilégié de celui-ci.		

V/ Personnalisation de l'accompagnement

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Evaluation des besoins et des attentes dans le cadre du projet personnalisé.	- Le projet personnalisé du résident est effectivement un avenant du contrat de séjour. Celui-ci est co-construit avec le résident, il évolue à chaque événement marquant qui concerne le résident.		
- Modalités d'élaboration du projet personnalisé.	- Les professionnels de la structure recueillent auprès des proches des résidents, toutes informations pouvant permettre au projet personnalisé d'être évalué. Ainsi l'entourage affectif et professionnel antérieur du résident est pris en compte dans le cadre de ce processus d'évaluation.		

VI/ L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Effectivité des droits individuels et collectifs.	- La structure facilite et favorise la liberté de culte et son exercice, un office religieux a lieu tous les mois. La structure facilite l'accès du prêtre de la paroisse notamment sur demande des résidents et des familles, en fonction des nécessités afférentes à leurs croyances ; notamment dans l'accompagnement de la fin de vie. - Afin que les résidents puissent exercer leur droit de vote, la structure est en lien avec la gendarmerie. Celle-ci vient dans l'établissement afin que les résidents puissent signer leurs procurations. Un accompagnement est prévu pour que les plus valides puissent aller voter directement. - La direction de l'établissement et l'équipe sont soucieuses du respect de la dignité des résidents. Cette préoccupation constante se traduit par des attitudes et des modalités de fonctionnement, qui vont dans le sens du respect du droit et des choix des		

	résidents.		
- Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement.	- Les familles par le biais des enquêtes de satisfaction participent à la démarche d'évaluation interne. - Le CVS occupe une vraie place dans la vie de l'établissement et les familles y sont très investies. - Trois enquêtes de satisfaction à destination des résidents sont effectuées par an, la dernière a eu un taux de retour de 60% des résidents : 81% des résidents se disent globalement satisfait de la prestation cuisine.		-

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

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS DE PROGRES	PRECONISATIONS
- Modalités de mise en place du respect de la dignité et du droit à l'intimité.	- La structure à taille humaine, permet aux résidents de jouir de leur autonomie dans la durée - Le management permet à l'équipe d'assurer des repères stables permettant une adaptation personnalisée qui prend en compte l'évolution de la situation de chacun. De fait le résident garde une marge de liberté la plus adaptée à ses capacités.		

- Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement.	- Pour les résidents les plus vulnérables, la structure travaille en lien étroit avec les familles et les tuteurs, pour assurer un cadre où la prise de décision se fait dans leur intérêt. - Lorsque la situation le nécessite, la structure fait le nécessaire afin que les résidents, qui ne sont plus en capacité d'assurer la défense de leur intérêt, puissent être placés sous tutelle.		
- Formation continue et professionnelle	- Les formations réglementaires sont proposées en priorité (sécurité incendie, bientraitance, gestion d'urgence). - Les demandes de formation sont recensées auprès de la direction lors des entretiens individuels annuels. - La validation des acquis de l'expérience (VAE) est proposée aux agents. Actuellement 4 ASH utilisent le dispositif afin de devenir AS.		

VIII/ Appréciation globale de l'évaluation externe

Les évaluateurs sont tous unanimes quant à la qualité organisationnelle de la structure ainsi que le professionnalisme des équipes qui place le résident au cœur des préoccupations.

Les jours sur site nous ont permis de pouvoir observer, analyser et questionner les pratiques de la structure et la prise en charge du résident.

La structure a engagé depuis quelques années une démarche qualité intégrant les différents professionnels de la structure.

La structure est de taille humaine, elle permet aux différents professionnels ainsi qu'à la direction d'avoir une prise en charge sur mesure et personnalisée.

La ville de Sainte-Alvère demeure une commune isolée, cependant de nombreux outils sont mis en œuvre afin de pallier au mieux à cet isolement.

Notre système de cotation fait ressortir 39 POINTS FORTS et 3 POINTS DE PROGRES:

- 25 A et 14 B
- 3 C

Nous espérons vivement que cette évaluation externe permettra de contribuer au processus de démarche qualité initié par la structure.

IX/ Méthodologie de l'évaluation externe

ITEMS	
- Référentiel	La méthode d'évaluation externe du cabinet MDFORMACONSULTANTE s'appuie sur le référentiel EVA 2 qui comprend 7 chapitres et 42 items. Chaque item correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation. La définition du manuel aboutit à fixer 4 niveaux pour chacun des items : A, B, C ou D. A et B étant des « points forts », C et D des «points de progrès».
- Méthodologie	- Evaluation participative: - Observation et recueil des données sur site - Entretiens directifs et semi-directifs individuels: des membres du personnel, des résidentes. -Réunion du Comité de Pilotage - Groupe d'analyse des pratiques professionnelles - Groupe d'analyse des représentations des usagers
- Modalités d'implication des équipes.	- Présentation de la démarche d'évaluation externe en amont lors d'une réunion sur site. -Proposition du cadre évaluatif et ajustement en fonction des propositions recueillies. -Forte implication des équipes à la démarche.
- Modalités d'associations des usagers.	- Entretiens - Observation participative - Analyse des Pratiques
- Dates de début et de fin de mission	- La mission d'évaluation a été effectuée en deux temps: 3 jours sur sites 4 jours de rédaction et d'analyse des données.

X/ Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
Déroulement de l'évaluation dans de bonnes conditions malgré des changements de plannings. Des intervenantes professionnels à l'écoute et qui se fondent dans la vie de l'établissement afin d'observer au mieux sans perturber le quotidien de la structure	Les axes d'améliorations sont pertinents. Ils permettront d'établir un plan d'action réalisable sur des ajustements nécessaires

SANTÉ ACTIONS

MDF

SYNTHESE EVALUATION EXTERNE



ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES «LES JARDINS DE SAINTE-ALVERE»



MDFORMACONSULTANTE – SIRET: 523 213 478 00028 – N° H 2013 – 12 – 1347 1

Introduction

L'évaluation interne a été réalisée en 2013, la structure a utilisé le référentiel d'auto-évaluation Angélique, en cohérence avec les recommandations de l'ARS et de la convention tripartite renouvelée en 2012.
La démarche retenue par la structure est participative. Un comité de pilotage pluridisciplinaire a été constitué. Le groupe projet s'est réuni dans le cadre de trois sessions de travail du 8 au 26 juin 2013.

Le chapitre I relatif aux attentes et à la satisfaction des familles décliné en trois parties, a identifié des référents sur chacune des thématiques développées. A titre d'exemple les personnes identifiées pour le volet : Accueil/Admission et vie social sont la Direction, l'agent d'accueil, l'IDEC, la Psychologue et l'AMP. L'auto-évaluation suites aux différentes données récoltées fait ressortir cet item comme un point fort de la structure. Cependant le plan d'action préconise un travail d'amélioration dans le recueil d'information. Une procédure a donc été mis en place suite au plan d'action afin d'améliorer le pré-accueil et l'accueil au sein de la structure. Cela passe notamment par le recueil des habitudes de vie par l'IDEC.

Les résultats du chapitre second, concernant les réponses apportées en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins sont identifiés par le personnel comme le volet devant être amélioré. L'absence de plans d'action concernant les actes de la vie quotidienne a entraîné la mise en place de dispositif, notamment le projet de vie personnalisé. Celui-ci est actuellement en place dans la structure et est co-construit par la psychologue et les professionnels.

L'organisation du soin était en 2013 le point de progrès pointé par l'évaluation interne. Entre temps, les différents professionnels ont suivi des formations, les membres du personnel ont effectué la validation des acquis. De plus des protocoles ont été mis en place et sont actifs et connus des professionnels. La structure a donc effectivement réalisé son plan d'action.

L'établissement a mis en place une démarche d'évaluation interne complète. Celle-ci est fondée sur des outils scientifiques permettant de mettre en place un plan d'action. Les axes forts ainsi que les axes d'améliorations ont été identifiés et listés clairement en outre 95% des axes pointés par le plan d'action ont été effectués un an et demi après celui-ci.
Les agents ont été associés à la démarche d'évaluation interne.

Les familles par le biais des enquêtes de satisfaction participent à la démarche d'évaluation interne.

Concernant chacun des items retenus dans le cadre de la démarche d'évaluation interne et le plan d'action, la responsable de la structure veille à ce que celui-soit réellement effectif. Tout cela en confrontation constante avec les objectifs de la convention tripartite et les recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

I/ Les conditions de mise en œuvre du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des usagers.

La convention tripartite de première génération a été signée en 2006. Le renouvellement de la convention tripartite a eu lieu en 2012.

Le projet d'établissement a été réalisé en 2011 et réactualisé en 2014, il est validé par les instances.
Les différents chapitres du projet d'établissement sont présents (l'Histoire de l'établissement de la congrégation à l'EHPAD, Le projet de vie avec la gestion personnalisé des pathologies spécifique et la réflexion autour du PASA, Le projet de soins intégrant la participation des familles et la démarche continue d'amélioration de la qualité).

Le projet d'établissement intègre la prise en charge des maladies d'Alzheimer, troubles apparentés et troubles cognitifs. En effet la structure souhaite mettre en place PASA.

L'établissement intègre dans son projet de vie la prise en charge des pathologies psychiatriques et psycho gérontologie, celle-ci passe notamment par un partenariat avec le Centre Hospitalier.

Le projet d'établissement prévoit et organise la participation ainsi que l'expression des personnes accueillies.
Le projet d'établissement notamment dans le cadre de la démarche qualité prévoit la participation des familles, par le biais d'enquêtes de satisfaction.

Le projet d'établissement intègre les principes de la charte des Droits et Libertés de la personne âgée accueillie, ainsi que les orientations générales de qualité développées par la loi de 1997 concernant la convention tripartite.
Le projet a fait l'objet d'une présentation à l'ARS ainsi qu'au Conseil Général.

II/ L'ouverture de l'établissement «Les Jardins de Sainte-Alvère» sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique.

L'établissement se situe dans la commune de Sainte-Alvère une ville de 856 habitants, la commune se localise en Dordogne dans l'arrondissement de Bergerac. La Mairie de la commune se situe à proximité de l'établissement, tout comme l'office de tourisme.

L'EHPAD se localise à proximité de la place centrale et de ces lieux de vies, tel que des cafés, des commerces de proximité etc.
La structure entretient de bons rapports avec la municipalité d'ailleurs le maire de la ville, également médecin, intervient au sein de la structure.
« Les jardins de Sainte-Alvère» est une vaste propriété disposant d'espaces conséquents (cadre verdoyant, vue sur les hauteurs, bâtiments vastes etc.)

L'EHPAD se trouve en face de l'école primaire de Sainte-Alvère partenaire privilégié de celui-ci.

Une convention avec la Clinique Pasteur de Bergerac relative à l'HAD est effective.
L'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs Palia 24 est également effective.

Une convention avec le Centre Hospitalier de Mont-Pont est contractuelle, plus particulièrement avec l'unité géronto-psy.
La structure dispose d'une convention avec le Centre Hospitalier de Sarlat.

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

Un travail de promotion de l'établissement a été effectué par la responsable au cours de ces dernières années auprès de prescripteurs identifiés. D'ailleurs 80% des résidents ont connu l'établissement par le biais de ceux-ci, hôpitaux locaux, assistantes sociales…

La responsable de la structure a élaboré un site internet permet aux familles et aux futurs résidents de se faire une idée de la structure (photos, prestations, chambres…). Cependant celui-ci n'est pas encore actif.
Les demandes d'admission sont envoyées à la responsable de la structure qui invite les familles à venir visiter l'EHPAD de préférence l'après-midi (un jour sur site nous avons pu observer une famille venant visiter l'établissement)

Une visite de la structure est organisée, le livret d'accueil de la structure contenant les prestations et leurs tarifs est remis aux familles (règlement intérieur, la charte des droits et libertés, contrat de séjour).

Le projet personnalisé du résident est effectivement un avenant du contrat de séjour. Celui-ci est co-construit avec le résident, il évolue à chaque événement marquant qui concerne le résident.
Les différents professionnels sont associés au projet personnalisé par des temps d'échanges informels, mais également par le cahier de transmission permettant de l'améliorer.

La structure à taille humaine, permet aux résidents de jouir de leur autonomie dans la durée :
Le management permet à l'équipe d'assurer des repères stables permettant une adaptation personnalisée qui prend en compte l'évolution de la situation de chacun. De fait le résident garde une marge de liberté la plus adaptée à ses capacités.
Pour les résidents les plus vulnérables, la structure travaille en lien étroit avec les familles et les tuteurs, pour assurer un cadre où la prise de décision se fait dans leur intérêt.
Lorsque la situation le nécessite, la structure fait le nécessaire afin que les résidents, qui ne sont plus en capacité d'assurer la défense de leur intérêt, puissent être placés sous tutelle.
Malgré le grand nombre de personne dont les facultés motrices ou psychiques sont restreintes, l'organisation du travail du personnel permet aux résidents d'avoir une liberté de mouvement et de circulation au sein de la structure en toute sécurité.

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

Une procédure de gestion des risques non infectieux est en place, un plan de continuité d'activité a été déposé à l'ARS.
L'établissement dispose de matériel à usage unique pour les soins médicaux.
Les membres du personnel sont formés tous les ans à un protocole de bio-nettoyage, des Audits sont effectués.

Le document unique des risques est actif. Le DARI est effectif .Le manuel HACCP est présent au sein de la structure. L'établissement a reçu un avis favorable de la commission sécurité en 2012.
Les différents contrats de maintenance sont présents au sein de la structure (ascenseurs, sécurité incendie, chauffage, désenfumage…).

L'astreinte administrative est effective, les appels sont réceptionnés 24H/24H, le directeur est également joignable sur son portable en cas d'urgence. Le carnet sanitaire est présent au sein de l'établissement. Le registre des plaintes et des réclamations est disponible au sein de la structure.

Dordogne PÉRIGORD
LE DÉPARTEMENT dordogne.fr

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939814fcdc6-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE
DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.30

Avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
de CADOUIN.
Annexe Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.30

Avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
de CADOUIN.
Annexe Plan Pluriannuel d'Investissement (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,

LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE l'avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ci-annexé, entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA), le Département de la Dordogne et l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de CADOUIN.

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter cet avenant au Contrat Pluriannuel 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



Annexe à la délibération n° 19.CP.IX.30 du 16 décembre 2019.

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 ;

Et

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, représentée par Monsieur Michel LAFORCADE, Directeur Général ;

Et

L'EHPAD de Cadouin, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions de IV ter A de l'article L. 313-12 du code l'action sociale et des familles, soit Madame LE DUOT, Directrice ;

Cadre règlementaire :

- **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 de Cadouin, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 1er janvier 2019 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EHPAD de Cadouin n°2019-19 en date du 29 octobre 2019, approuvant le PPI et autorisant Madame LE DUOT à signer l'avenant n°1 au CPOM ;
- **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 1er octobre 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Le chapitre 3.6 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2019-2023 est modifié comme suit :

3.6 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.

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé par le Président du Conseil départemental le 05/07/2019, par courrier référencé SPAE/SB/2019/n°632 est intégré au présent contrat et joint en annexe (n° 6).

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.

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,

Envoi en préfecture le 18 Décembre 2019
Reçu en préfecture le 18 Décembre 2019
Publié le 18 Décembre 2019
Acte : 024-222400012-20191216-lmc1939214fcdbb-DE

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE

RÉUNION DE LA COMMISSION PERMANENTE DU 16 DÉCEMBRE 2019

DÉLIBÉRATION N° 19.CP.IX.31

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
avec la Fondation John Bost - Site de la Vallée de la Dordogne à LA FORCE.

DATE DE LA CONVOCATION : 11/12/2019

PRÉSIDENT(E) DE SÉANCE : Germinal PEIRO

ÉTAIENT PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Jacques AUZOU, Didier BAZINET, Mireille BORDES, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Dominique BOUSQUET, Sylvie CHEVALLIER, Frédéric DELMARÈS, Jean-Fred DROIN, Joëlle HUTH, Cécile LABARTHE, Colette LANGLADE, Jean-Paul LOTTERIE, Jean-Michel MAGNE, Elisabeth MARTY, Natacha MAYAUD, 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	Joëlle HUTH	Thierry BOIDÉ	pouvoir à	Pascal PROTANO
Corinne DE ALMEIDA	pouvoir à	Jean-Paul LOTTERIE	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 16 DÉCEMBRE 2019

N° 19.CP.IX.31

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2024
avec la Fondation John Bost - Site de la Vallée de la Dordogne à LA FORCE.

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,

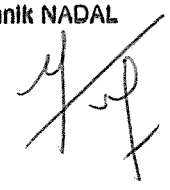
LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,

APPROUVE le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ci-annexé, à conclure avec la Fondation John Bost - Site de la Vallée de la Dordogne à LA FORCE (24130).

AUTORISE M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter ce 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



Annexe à la délibération n° 19.CP.IX.31 du 16 décembre 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

Le Site de la Vallée de la Dordogne Fondation John Bost

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT 7
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat 7
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire 9
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 9
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM 10
4.1 Les modalités de détermination des dotations et prix de journée des établissements et services du CPOM 10
4.1.1 Pour les EHPAD 10
4.1.2 Pour les établissements et services pour personnes en situation de handicap 13
4.1.2.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM relevant de la compétence de l'ARS 13
4.1.2.2 Les modalités de détermination des prix de journée des établissements et des dotations des services du CPOM relevant de la compétence du Département 14
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM 15
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence 16
4.4 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit 17
4.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM 18
4.5.1 Pour les EHPAD 18
4.5.2 Pour les FAM 19
4.6 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 20
4.7 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM 20
5) Engagements de LA FONDATION JOHN BOST 21
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT 22
6) Le suivi et l'évaluation du contrat 22
7) Le traitement des litiges 24
8) La révision du contrat 24
9) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM 24
10) La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM 24
11) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD 25

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM..... 26

ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

ANNEXE 2 : Les fiches actions (cf. modèle infra)

ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale

ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)

ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

ANNEXE 7 : Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège

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 : Annexes financières

ANNEXE 10 : Partenariats

ANNEXE 11 : Organigramme

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

Entre,

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

Le **Département de la Dordogne**, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental, dénommé ci-après le département ;

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

Et enfin,

La **Fondation John Bost**, 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 Christian GALTIER.

Visas et références juridiques :

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

- L 313-11, L.313-12 et L.313-12-2 ;
- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 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 le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne en faveur des Personnes Handicapées 2017 - 2022 ;

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 du Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire en date du 14/12/2019 approuvant la démarche contractuelle ;

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

VU la décision du 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 règlementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne, la Fondation John Bost 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 Fondation John Bost et repose notamment sur :

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

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Numéro de l'entité juridique Fondation John BOST dans le répertoire FINESS : 240000265
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : la Fondation John Bost reconnue d'utilité publique par décret le 7 septembre 1877
- Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : La Fondation John Bost dispose d'un siège social sis à La Force en Dordogne
- Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire :
  - ✓ D'accueillir et soigner des enfants, adultes et personnes agées souffrant de troubles psychiques ou de handicap physiques et/ou mentaux dont l'état nécessite une vie sociale adaptée
  - ✓ De former et d'informer des professionnels, des bénévoles et des familles à l'accompagnement et au soin des personnes
  - ✓ De faire évoluer le regard des individus et de la société sur ces personnes
  - ✓ De participer à des actions de partenariat avec d'autres institutions poursuivant un but similaire
- Organigramme de l'entité gestionnaire : voir en annexe 11
- Désignation de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : fondation John BOST
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
  FAM La famille FINESS 240014159
  FAM Château Rivière FINESS 240013912
  FAM Siloé Bethel FINESS 240003558
  MAS HR FINESS 240013748
  MAS 24 FINESS 240006726
  EHPAD FINESS 240007450

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

- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat :

- FAM La famille FINESS 240014159
  Arrêté d'autorisation du 4 mars 2010
  Accueil médicalisé pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 32 places

Accueil temporaire pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
Hébergement complet internat 2 places

- FAM Château Rivière FINESS 240013912
  Arrêté d'autorisation du 10 aout 2001, arrêté d'extension du 20 avril 2011
  Accueil médicalisé pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 28 places
  Accueil temporaire pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 1 place

- FAM Siloé Bethel FINESS 240003558
  Arrêté d'autorisation du 29 décembre 2003, arrêté d'extension du 20 avril 2011
  Accueil médicalisé pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 79 places
  Accueil temporaire pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 2 places

- MAS HR FINESS 240013748
  Arrêté d'autorisation du 31 octobre 2008
  Accueil spécialisé pour adultes handicapés (polyhandicap)
  Hébergement complet internat 40 places

- MAS 24 FINESS 240006726
  Arrêté d'autorisation du 1er février 1983 Arrêté modificatif du 2 aout 2019
  Accueil spécialisé pour adultes handicapés (polyhandicap)
  Hébergement complet internat 60 places
  Accueil spécialisé pour adultes handicapés (déficience grave de la communication)
  Hébergement complet internat 30 places
  Accueil spécialisé pour adultes handicapés (déficience intellectuelle)
  Hébergement complet internat 40 places

- EHPAD FINESS 240007450
  Arrêté d'autorisation du 2 décembre 2002, arrêté modificatif du 28 aout 2012
  Accueil pour personnes âgées (personnes âgées dépendantes)
  Hébergement complet internat 84 places
  Accueil temporaire pour personnes âgées (personnes Alzheimer ou maladies apparentées)
  Hébergement complet internat 2 places

- Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles[2] 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 :

  Le transfert de 20 places de MAS à TALENCE dans l'établissement « la rencontre » en 2022 entrainera une diminution du nombre de places MAS sur le site de la vallée de la Dordogne portant cette dernière à 110 places.

- 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 Tibériade est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental) en date du 2 décembre 2002 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (84).

A ce titre, le présent contrat vaut convention d'aide sociale au sens de l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Il sera fait application des dispositions du règlement départemental d'aide sociale ».

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale, pour une capacité de 84 lits d'hébergement permanent.

L'EHPAD de Tibériade offre également 2 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées en internat, non habilitées à l'aide sociale.

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

Voir listing des partenariats en document annexe (10).

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

Il est décidé de conserver les CPOM distincts. Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM de Dordogne 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 en Dordogne.

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

Les orientations stratégiques du secteur Personnes Agées sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination,
- Repositionnement de l'offre et Innovation,
- Prévention, qualité et sécurité des soins,
- Personnaliser l'accompagnement,
- Performance et Management de la Qualité.

Les orientations stratégiques du secteur Personnes Handicapées sont réparties autour de 4 axes :

- Garantir l'insertion dans le milieu ordinaire, l'adaptation de l'offre répondant aux besoins des Territoires dans le cadre du virage inclusif,
- Favoriser l'approche populationnelle par type de handicap notamment dans le cadre de la stratégie quinquennale,
- Contribuer à la mise en œuvre d'une démarche réponse accompagnée pour tous,
- Maintenir une gestion performante des structures et un management de la qualité.

4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

4.1.. Les modalités de détermination des dotations et prix de journée des établissements et services du CPOM

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

4.1.1 Pour les EHPAD

Le financement des établissements et services de la Fondation John BOST, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et règlementaires 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) :

4.1.1.1 - 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 TIBERIADE relève du tarif 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 l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).
La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire, ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

4.1.1.3 – La tarification de l'hébergement

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

Ainsi, pour l'EHPAD TIBERIADE, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié pour 2019, hors reprise de résultat, soit 1 688 384 € pour la section hébergement.
Le tableau suivant précise le détail de son calcul.

	Hébergement
Groupe 1/Titre 1	635 225,00 €
Groupe 2/Titre 3	727 459,00 €
Groupe 3/Titre 4	335 700,00 €
Total dépenses	1 698 384,00 €
- recettes en atténuation	10 000,00 €
- crédits non reconductibles	0
- dépenses exceptionnelles (ex : provision)	0
+ recettes exceptionnelles (ex : reprise sur provision)	0
= Dotation globalisée initiale	**1 688 384,00 €**

La dotation globalisée initiale tient compte de la reprise des résultats 2018.

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation suivante :

Tarif N =

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

Augmentée ou diminuée des incidences des PPI autorisés

/ Activité prévisionnelle

4.1.1.4 – Dispositions communes aux financeurs

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

La Fondation John BOST reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

La Fondation John BOST 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.

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

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

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

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

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

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

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

La Fondation John BOST reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

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

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

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF),

En conséquence, il appartient à la Fondation John BOST de procéder, si besoin et pendant l'année, à toutes les réaffectations et redéploiements rendus possibles par la souplesse de gestion qu'offre la dotation globalisée dans la limite de son montant et dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs, à l'exception des CAMSP, pour lesquels ces opérations devront avoir fait l'objet d'une concertation avec le département. En effet, les CAMSP étant financés à hauteur de 20% par le département et 80% par l'Assurance Maladie, une variation de la dotation Assurance Maladie générerait automatiquement une variation de la participation du Département.

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

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

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

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

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

Tarif N+1 =

Base reconductible des tarifs (BBZ la première année)

Augmentée du taux directeur départemental
voté annuellement par le Conseil départemental

– dépenses rejetées CA N-1 ou N-2

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

/ activité prévisionnelle

Le tableau de détermination des bases reconductibles et des tarifs, « hébergement » pour les FAM BETHEL SILOE, CHATEAU RIVIERE, LA FAMILLE est portée en **annexe 9.6.**

- **Détermination de l'activité prévisionnelle retenue :**

Les activités prévisionnelles retenues au BBZ seront en principe maintenues sur la durée du CPOM néanmoins elles pourront évoluer au regard des activités réellement réalisées en N-1 si celles-ci évoluent de +/- 5% par rapport au BBZ – notamment dans la préparation de projets inclusifs.

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

4.2.. 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, la Fondation John BOST 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 ***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 €) (annexe 4 .5)**	*Dont forfait global de soins HP*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
24 000 355 8	FAM BETHEL SILOE	2 438 602,15		
24 001 391 2	FAM CHATEAU RIVIERE	901 948,41		
24 001 415 9	FAM LA FAMILLE	1 023 198,48		
24 000 672 6	MAS	9 388 463,31		
24 001 374 8	MASHR	3 459 912,75		
24 000 745 0	EHPAD	1 481 559,44	1 458 285,46	23 273,98
TOTAL GENERAL		18 693 684,54€		

Le détail de ces sommes est porté en annexe 9.3.

« Dépendance »

Finess	**Etablissements**	**Base reconductible dotations Dépendance au 31/12/ 2019 (en €)(annexe 4 .7)**	*Dont forfait global dépendance*	*Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)*
24 000 745 0	EHPAD	579 427,28 €	579 427,28 €	
TOTAL GENERAL		579 427,28 €	579 427,28 €	

Le détail de ces sommes est porté en annexe 9.4.

➢ 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.. 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 Fondation John BOST* 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.

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

4.5.1 Pour les EHPAD

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 définis 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.
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 Ressources humaines

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

- 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..)

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).

4.5.2 Pour les FAM

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

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

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

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

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

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

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

➢ Volet investissement :

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

➢ Volet Ressources humaines

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

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

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.

Le PPI actuel était constitué pour la période allant de 2015-2019.

Il n'existe pas de PPI approuvé par les autorités de tarification pour la période 2020-2024 à la date de signature du contrat. Le PPI déposé 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 le cas échéant annexé par voie d'avenant au CPOM en 2020.

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

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

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

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

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

5) ENGAGEMENTS DE LA FONDATION JOHN BOST

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 et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 90 % (MASHR)
- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 85 % (MAS 24) compte tenu de restructuration SVD.
- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 95 % (EHPAD)
- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité et taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 90 % (FAM) compte tenu de restructuration SVD et de la perspective « inclusion ».
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).
- Contribuer à la construction des parcours de vie sur le territoire avec des partenariats formalisés avec les institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux ;
- Motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH prise dans le cadre d'un PAG ;
- Utiliser le futur SI suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par la CDAPH ;
- Se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un PAG.

TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

6) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT

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) de la DGA-SP (Conseil départemental) ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'*agence régionale de santé ;*
- Un (ou des) représentant(s) de l'*organisme gestionnaire ;*

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

- Documents à produire :

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

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

❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

❖ La fondation dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD.

❖ La fondation John BOST 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 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.

7) LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

8) LA REVISION DU CONTRAT

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

9) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD Tibériade.

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

Le présent CPOM prend effet à compter du 1er janvier 2020, pour une durée de 5 ans.

11) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait le

La Directrice par intérim 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

- **ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé**
- **ANNEXE 2 : Les fiches actions (cf. modèle infra)**
- **ANNEXE 3 : Rééquilibrage de l'offre médico-sociale**
- **ANNEXE 4 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)**
- **ANNEXE 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**
- **ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM**
- **ANNEXE 7 : Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège**
- **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 : Annexes financières**
- **ANNEXE 10 : Partenariats**
- **ANNEXE 11 : Organigramme**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 31 octobre 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
215-1	BERGERAC	Centre Hospitalier Spécialisé	Château Rivière – Fondation John Bost (Bâtiment Principal)	U	4ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E037.01197	Rivière	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 4 octobre 2017 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Mme LAURENT, sous-préfète de Bergerac, présidente,
- M. de MADAILLAN, représentant le maire de Bergerac,
- M. FLINOIS, représentant la directrice départementale de la sécurité publique,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.037.01.C.1150 a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 3 avril 2002.
Une demande d'atténuation à la réglementation portant sur la difficulté de désenfumage des circulations de la partie existantes a été étudiée en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 4 septembre 2002.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 10 octobre 2007.
La dernière visite périodique a été effectuée par le groupe de visite de la commission de sécurité d'arrondissement le 4 novembre 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'ensemble des exploitations du bâtiment est placé sous la direction unique de M. POULON chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêtés du 10 décembre 2004 modifié portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment de construction traditionnelle en deux parties reliées par une galerie fermée. Quatre façades accessibles aux secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 30 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 500 m débitant 60 m^3/h.

Niveau : 4

Répartition et destination des locaux par niveau :
2ème ét. : Combles (non utilisés) vides.
1er ét. : Partie ancienne : 13 chambres et sanitaires.
Extension : 6 chambres, salle de bains collective, local linge propre, local linge sale et sanitaires.
RDC : Partie ancienne : hall, 2 réfectoires, 2 salons, 1 office, 1 chambres, bureau infirmerie, infirmerie et sanitaires.
Extension : 6 chambres, salle de bains collectives, bureau, local linge sale, sanitaires et local machinerie ascenseur.
S/Sol : réserve et sous-station.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. POULON cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :		
. résidents :	28	personnes.
. autres :	0	personnes.
- personnel :	13	personnes.
- soit au total :	**41**	**personnes.**

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
L'activité déclarée et recensée est : Centre hospitalier spécialisé.

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Prescription antérieure non-réalisée :

2008-2 : Prévoir lors de prochains travaux au château le déplacement du système de sécurité incendie au niveau d'accès des secours afin de le rendre exploitable par ces derniers (arts R.123-48 et MS 50, MS 53).

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R. 123-43).

Règlement de sécurité :

2017-4 : Mettre à jour, conformément à la norme NF X 08-070 les plans d'intervention de l'établissement. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art MS 41).

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

La Présidente,

Dominique LAURENT

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 31 octobre 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
215-3	BERGERAC	Enseignement spécialisé	Château Rivière – Fondation John Bost (Bâtiment administratif)	R	5ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E037.01197	Rivière	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 4 octobre 2017 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Mme LAURENT, sous-préfète de Bergerac, présidente,
- M. de MADAILLAN, représentant le maire de Bergerac,
- M. FLINOIS, représentant la directrice départementale de la sécurité publique,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 11 octobre 2007.
La dernière visite périodique a été effectuée par le groupe de visite de la commission de sécurité d'arrondissement le 4 novembre 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'ensemble des exploitations du bâtiment est placé sous la direction unique de M. POULON chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5.
- Le règlement de sécurité du 22 juin 1990 modifié.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment de construction traditionnelle. 4 façades accessibles aux secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 30 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 500 m débitant 60 m^3/h.

Niveau : 1

Répartition et destination des locaux par niveau :
Chaufferie avec accès extérieur, local électrique, lingerie, salle d'activités, salle d'accueil, vestiaires, sanitaires et logement de fonctions.

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. POULON cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :	19	
- personnel :	2	personnes.
- soit au total :	**21**	**personnes.**

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITES :
Les activités déclarées et recensées sont : Administration et enseignement.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

CLASSEMENT : Type R et 5ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R. 123-43).

Règlement de sécurité :

2017-3 : Mettre à jour, conformément à la norme NF X 08-070 les plans d'intervention de l'établissement. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art MS 41).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

La Présidente,

Dominique LAURENT

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 31 octobre 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
215-2	BERGERAC	Enseignement spécialisé	Château Rivière – Fondation John Bost (Bâtiment atelier)	R	5ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E037.01197	Rivière	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 4 octobre 2017 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Mme LAURENT, sous-préfète de Bergerac, présidente,
- M. de MADAILLAN, représentant le maire de Bergerac,
- M. FLINOIS, représentant la directrice départementale de la sécurité publique,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 11 octobre 2007.
La dernière visite périodique a été effectuée par le groupe de visite de la commission de sécurité d'arrondissement le 4 novembre 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'ensemble des exploitations du bâtiment est placé sous la direction unique de M. POULON chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5.
- Le règlement de sécurité du 22 juin 1990 modifié.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment de construction traditionnelle. 4 façades accessibles aux secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 30 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 500 m débitant 60 m^3/h.

Niveau : 1

Répartition et destination des locaux par niveau :
2 ateliers et salle de motricité

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. POULON cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :	12	
- personnel :	2	personnes.
- soit au total :	**14**	**personnes.**

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
L'activité déclarée et recensée est : Enseignement spécialisé.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

CLASSEMENT : Type R et 5ème catégorie.

Prescription à réaliser :

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R.123-43).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

La Présidente,

Dominique LAURENT

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 7 juin 2018

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
289	LA FORCE	Foyer d'accueil médicalisé	Fondation John Bost Pavillon La Famille	J	4

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E222.01666	Rue du Docteur Clament	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 17 avril 2018 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- M. HEUGAS-LACOSTE, secrétaire général de la sous-préfecture, président,
- M. CHANUT, représentant le maire de La Force,
- M. PEYROTTE, représentant le commandant du groupement de Gendarmerie de la Dordogne,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIENT A LA COMMISSION :
- Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac,
- M. BRU, mairie de La Force

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :
Le permis de construire n° 24.222.10.S.0014 a été délivré le 11 octobre 2010 et a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 1er septembre 2010.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 20 mars 2000.
La dernière visite périodique a été effectuée par le groupe de visite de la commission de sécurité de l'arrondissement de Bergerac le 5 mai 2015. Il a émis une proposition d'avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'établissement est placé sous la direction unique de M. BOUSQUET chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R.123-1 à R.123-55, R.152-4 et R.152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 19 novembre 2001 modifié portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type J.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 250 m débitant 60 m^3/h.

Surface hors œuvre nette au sol (S.H.O.N.) : 2 010 m^2

Niveau : 3

Répartition et destination des locaux par niveau :

Sous-sol : Vestiaires, sanitaires, locaux de rangement et sous-station de chauffage.
RDC : Hall, bureaux administratifs, bureaux médicaux, local médicaments, sanitaires, local veille, salle de réunions, espace famille, salon TV, salle à manger, bibliothèque, salon esthétique, local ménage, locaux de cuisine > à 20KW, réserves cuisine et lingerie.
1er étage : 34 chambres, locaux ménage, locaux linges propres, locaux linges sales, sanitaires et accès aux 3 combles.

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. SERAFIN cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- Public :		
Résidents	34	Personnes
Autres	12	Personnes
- personnel :	25	Personnes
- soit au total :	71	Personnes

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :

L'activité déclarée et recensée est : Hébergement médicalisé.

CLASSEMENT : Type J et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2018-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R.123-43).

2018-2 : Il est conseillé de mettre à proximité de l'équipement d'alarme, un exemplaire du plan d'Etablissement répertorié (ETARE) à disposition des secours (art R.123-48).

2018-3 : Il est conseillé d'ajouter un dispositif ferme-porte sur chaque bloc porte des locaux à risques particuliers du local séchage, linge sale et ménage au rez-de-chaussée. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac via la mairie (art R.123-48).

Règlement de sécurité :

2018-4 : Faire réaliser les 2 observations mentionnées dans le rapport de vérification des installations de cuisson rédigé par un technicien compétent en date du 21/03/2018. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac via la mairie (art GC 22).

2018-5 : Ajouter un dispositif ferme-porte sur le bloc porte de la bibliothèque situé au 1er étage. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac via la mairie (art J 16).

2018-6 : Ajouter un dispositif ferme-porte sur le bloc porte situé entre la salle à manger et la circulation menant vers l'ascenseur et l'escalier au rez-de-chaussée si pour des raisons d'exploitation celle-ci doit rester ouverte et asservir sa fermeture au processus de déclenchement d'alarme. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art DF 6).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Mathieu HEUGAS-LACOSTE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 31 octobre 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
297-1	SAINT PIERRE D'EYRAUD	Maison de santé pour malades mentaux	Fondation John Bost Pavillon Siloé et Béthel	U	4ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E487.01728	Bourg d'Abren	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 19 septembre 2017 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Mme LAURENT, sous-préfète de Bergerac, présidente,
- Mme VALADE, représentant le maire de Saint-Pierre-d'Eyraud,
- M. PEYROTTE, représentant le chef d'escadron de la Gendarmerie de Bergerac,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.487.97.G.1019 a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH du 4 mars 1998 et du 14 mai 2003.
L'autorisation d'ouverture au public à été délivrée le 24 février 2006.
La dernière visite périodique a été effectuée par la commission de Bergerac le 16 octobre 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'ensemble des exploitations du bâtiment est placé sous la direction unique de M. PIERRARD chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 10 décembre 2004 modifié portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :

Poteau d'incendie de 100 mm n° 11 implanté à moins de 200 m débitant 35 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n° 13 implanté à moins de 200 m débitant 36 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n° 14 implanté à moins de 200 m débitant 44 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n°1555 implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Une réserve incendie de 120 m^3 à moins de 200 m

Niveau : 3

Répartition et destination des locaux par niveau :
RDC : 52 lits, locaux techniques, salles à manger, salons, salles d'activités TV, bureaux, local veilleur, accueil familles, cuisine, lingerie, kiné, balnéo, psychomotricité et infirmerie.

1er ét. : 13 lits, salle à manger, salle d'activités, bureau technique, salle d'activité, salle de musicothérapie, administration, lingerie, locaux du personnel et atelier pédagogique ;

2ème ét. : 16 lits, salle à manger et office (accueil temporaire).

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. PIERRARD cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :		
. résidents :	79	personnes.
. autres :	38	personnes.
- personnel :	26	personnes.
- soit au total :	143	personnes.

CL 9/3/18

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
L'activité déclarée et recensée est : Etablissement pour résidents handicapés mentaux.

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R. 123-43).

Règlement de sécurité :

— 2017-2 : Il est conseillé de remplacer le détecteur thermique présent dans la circulation de l'infirmerie à proximité de la salle d'attente tisanerie, par un détecteur de type optique. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art R.123-48). fait +

2017-5 : Etendre l'alarme générale sélective à l'ensemble de l'établissement et assurer la surveillance du tableau de signalisation ou des tableaux de report d'exploitation disposés dans les locaux du personnel (bureaux, salle de veille, etc.). Ces dispositions feront l'objet d'une mise à jour du dossier d'identité SSI. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (arts U45, MS 66). → Fait ? fait + BS.

2017-6 : Faire vérifier par un organisme agréé le système de désenfumage mécanique de l'établissement. Cette vérification doit être réalisée tous les 3 ans, elle devra en outre contenir les mesures de pression, de débit et de vitesse. Fournir la copie du rapport à la sous-préfecture de Bergerac (art DF10). → attente rapport ? Visite le 13/03/18 rapport en cours

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

2017-8 : Former du personnel spécialement désigné à la mise en œuvre des moyens de secours, à l'évacuation du public et au comportement à adopter face à un sinistre. De plus, tout le personnel doit être mis en garde contre les dangers que représente un sinistre dans ce type d'établissement et être informé des consignes très précises afin de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal des malades ou résidents. Des exercices pratiques afin d'instruire le personnel doivent avoir lieu au moins une fois par trimestre. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (arts U43 et U 47).

2017-10 : Il est conseillé de maintenir fermées, les fenêtres séparant la circulation du 1er étage de l'administration avec l'atrium de la place du village ceci afin de ne pas modifier l'efficacité du désenfumage. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (I.T 263).

08 -> 30 : Jeudis journées en fonctionnt normal, ouvertes pr nettoyage.

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

La Présidente,

Dominique LAURENT

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 15 décembre 2016

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
503	LA FORCE	Maison de retraite	Fondation John Bost Pavillon Tibériade agréé EHPAD	U	4

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E222.05203	Avenue du Cdt Pinson	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 26 octobre 2016 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Alain LAPRADE, secrétaire général, Président de la commission de sécurité de l'arrondissement de Bergerac,
- Serge PRADIER, représentant le maire de La Force,
- Le lieutenant Sylvain SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac,
- Le commandant de Brigade Jean-Pierre CHIAPPA, représentant le commandant de la compagnie de gendarmerie de BERGERAC.

ASSISTAIENT A LA COMMISSION :
M. BRU, mairie de La Force

Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.22.99.G.1020, a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 23 août 2000.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 28 novembre 2001.
La dernière visite périodique a été effectuée par la sous-commission départementale ERP-IGH le 23 octobre 2013. Elle a émis un avis favorable au fonctionnement de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'établissement est placé sous la direction unique de M. SERAFIN, chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R 123-1 à R 123-55, R 152-4 et R 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 10 décembre 2004 modifié, portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements du type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 100 m et débitant 60 m^3/h
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 250 m et débitant 60 m^3/h.

Surface hors œuvre nette au sol (S.H.O.N.) : 4862 m^2

Niveaux : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :
- RDC :
3 unités de vie :
Jourdain bleu et vert : 45 lits, locaux de linge propre, locaux de linge sale, bureaux, salon.
Jéricho : 26 lits, locaux de linge propre, locaux de linge sale, bureaux, salon.
Samarie : 15 lits, locaux de linge propre, locaux de linge sale, bureaux, salon.

Zone médicale (Unité d'infirmerie : 2 lits, salle de bains, bureaux,...)

Zone services généraux (lingerie, buanderie, réserve), zone administration (bureau, salle de réunions) zone cuisine isolée et désaffectée (salle de chariots, locaux de rangement).

- Sous-sol : Sous-station de chauffage, TGBT, vide sanitaire.

Constructions ou aménagements nouveaux :

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. SERAFIN, cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :
résidents 86 personnes.
- personnel : 63 personnes.
- soit au total : 149 personnes.

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
Les activités déclarées et recensées sont : Maison de retraite

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2016-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R 123.43).

2016-2 : Déposer le coffret gaz, la vanne et la plaque d'identification alimentant la cuisine ou peindre l'ensemble dans les tons de la façade. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (R123-48). → Fait BT 32126

Règlement de sécurité :

2016-3 : Rétablir le fonctionnement des dispositifs ferme-porte des blocs-portes des locaux, (salle à manger personnel, bibliothèque, plonge, sous-station) Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art U 13). → Fait BT 32127

2016-4 : Vider les locaux désaffectés de la cuisine de tout stockage présentant un potentiel calorifique ou fumigène. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art U 13).

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

2016-5 : Identifier le coffret de coupure d'urgence électrique chaufferie Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art CH 2, arrêté du 23 juin 1978). → Fait BT 32126 (Fait photo

2016-6 : Identifier ou déposer l'arrêt d'urgence électrique cuisine. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art GC 4). → Fait BT 32126 Fait photo

2016-7 : Mettre à jour, conformément à la norme NF X 08-070 les plans d'évacuation de l'établissement. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art MS 41). Fait BT 32125 → voir

2016-8 : Afficher près du système de sécurité incendie, ainsi qu'à proximité des tableaux de report d'exploitation, les plans de zonages du SSI. Ceux-ci doivent permettre au personnel en charge d'exploiter l'installation d'identifier rapidement le lieu exact du sinistre. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (NFS- 61-932). — Fait (photo

2016-9 : Déplacer l'extincteur de l'armoire électrique côté infirmerie à l'extérieur de celui-ci, et l'accrocher à un élément fixe, avec une signalisation durable, sans placer la poignée de portage à plus de 1,20 m du sol. Fournir à la sous-préfecture de Bergerac, une attestation de réalisation (art MS 39). Fait photo

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Alain LAPRADE

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 29 septembre 2016

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
291-1	PRIGONRIEUX	Etablissement de soins spécialisés	Fondation John Bost L'attente-Les Pléïades	U	4ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E340.00007	Route de Cantemerle	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 20 septembre 2016 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Alain LAPRADE, secrétaire général, Président de la commission de sécurité de l'arrondissement de BERGERAC,
- Pierre DELPEUCH, représentant le maire de Prigonrieux,
- Le lieutenant Sylvain SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac,
- Le maréchal des logis chef Nathalie LUCAS, représentant le commandant de la compagnie de gendarmerie de BERGERAC.

ASSISTAIENT A LA COMMISSION :

M. CHANUT, représentant le maire de La Force,

M. BRU, mairie de La Force,
Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.222.99.G.1022, a été délivré le 21 septembre 1999 étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 28 juillet 1999.
Le permis de construire n° 24.222.99.G.1011-1, a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 1 août 2007.
L'autorisation de travaux n° 24.34.016.C0002 a été délivrée.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 12 février 2008.
La dernière visite périodique a été effectuée par la sous-commission départementale ERP-IGH le 18 septembre 2013.
Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'établissement est placé sous la direction unique de M. BOUSQUET, chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R 123-1 à R 123-55, R 152-4 et R 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 10 décembre 2004 modifié, portant approbation des dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours. Ces bâtiments sont construits sur deux communes. Ils ont fait l'objet de deux permis de construire déposés respectivement aux deux mairies. Les représentants de chaque commune assistaient en même temps à la visite.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.

Niveaux : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :

Attente :
RDC : Office, bureaux, chambres (50 lits), salle à manger, salon, locaux de linge sale, locaux de linge propre, salle d'activités, place du village.
1er étage : Salle d'activité, locaux de rangement, vestiaires personnels.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Constructions ou aménagements nouveaux :
Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. Bousquet, cet établissement n'a pas fait l'objet de nouvelles constructions ou de nouveaux aménagements.

CALCUL DE L'EFFECTIF :
Effectif :

	Attente
- public :	
résidents :	52 personnes.
autres :	27 personnes.
- personnel :	18 personnes.
-soit au total:	**97 personnes.**

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
Les activités déclarées et recensées sont : hébergement.

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2016-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R 123.43).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Alain LAPRADE

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 23 mai 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
546	PRIGONRIEUX	Etablissement d'accueil des personnes adultes handicapées	FONDATION John Bost Pavillon Pénuel	J	4

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E340.005439	FONDATION John Bost	Visite de contrôle périodique	Mme la Sous-Préfète

Etablissement visité le 5 avril 2017 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- Mme LAURENT, sous-préfète de Bergerac, présidente,
- M. DELPEUCH, représentant le maire de Prigonrieux,
- M. PEYROTTE, représentant le commandant de groupement départemental de la Gendarmerie,
- M. le Lieutenant SIMIONATI, du corps départemental des sapeurs-pompiers de la Dordogne, titulaire du brevet de prévention, suppléant du directeur départemental des services d'incendie et de secours.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :

- Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 024.340.05.S.1067 a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 1er Mars 2006.
Le permis de construire n° 024.340.05.S.1067-1 a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 24 octobre 2007. Celui-ci comporte plusieurs demandes d'atténuation à la règlementation (compartiment, portes motorisées, ascenseurs).
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 23 mars 2009.
La dernière visite de contrôle périodique a été effectuée par la commission d'arrondissement de Bergerac le 8 avril 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'établissement est placé sous la direction unique de M. BOUSQUET, chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R 123-1 à R 123-55, R 152-4 et R 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 19 novembre 2001 modifié portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type J.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Ensemble de bâtiments isolés. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm N°1 implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm N°2 implanté à moins de 200 m débitant 50 m^3/h en simultané.
Poteau d'incendie de 100 mm N°3 implanté à moins de 200 m débitant 42 m^3/h en simultané.

Surface hors œuvre nette au sol (S.H.O.N.) : 3 977 m^2

Niveaux : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :

RDC :
Locaux communs : accueil, bureaux, archives, salles de réunions, rangements, sanitaires, place du village, salle de convivialité, atelier restaurant, local maintenance, atelier électronique, salles des familles, vestiaires des personnels, locaux linge sale, locaux linge propre, office, local ménage, dressing du personnel, salle à manger du personnel, infirmerie, tisanerie, salle d'examen, salle de soins, pharmacie, 3 chambres d'infirmerie,

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

salle de motricité.
4 unités d'hébergement comprenant : séjour salle à manger, bureau de l'éducateur, 10 chambres, sanitaires, salle de bains, local de linge propre, local de linge sale.
Etage :
4 unités d'hébergement comprenant : séjour salle à manger, bureau de l'éducateur, 10 chambres, sanitaires, salle de bains, local de linge propre, local de linge sale.
Locaux communs : atelier de farfouille, atelier musicothérapie, cinéma catéchète, atelier informatique et musique, bureaux, local de rangement, local de ménage.

Constructions ou aménagements nouveaux :
Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. BOUSQUET cet établissement n'a pas fait l'objet de nouveaux aménagements :

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :		
. résidents :	87	personnes.
. autres :	29	personnes.
- personnel :	81	personnes.
- soit au total :	**197**	**personnes.**

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
Les activités déclarées et recensées sont : accueil et hébergement de personnes adultes handicapées.

CLASSEMENT : Type J et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R 123.43).

2017-2 : Il est recommandé de mettre à disposition des secours et du personnel de l'établissement un exemplaire du plan d'établissement répertorié (ETARE) près du système de sécurité incendie (art R123-48). → NC : documents présents dans le camion PC du SDIS

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Règlement de sécurité : partiel URGENT

2017-4 : Retirer les arrêts intégrés sur l'ensemble des fermes-portes qui en sont dotés et qui empêchent leur fonctionnement normal. Apposer sur la face côté circulation l'inscription « porte coupe-feu ne mettez pas d'obstacle à la fermeture ». Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (art CO 27, CO 47 & J 16).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement

La Présidente,

Dominique LAURENT

CO47 : la mention "porte coupe-feu..." ne concerne pas la porte dont il est fait état dans cette prescription n°4.

FONDATION JOHN BOST
Olivier BOUSQUET
Directeur de la Sécurité
des Immeubles et de la Sécurité

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 53 02 24 24 - Télécopie 05 53 58 36 80

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 31 octobre 2017

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
297-1	SAINT PIERRE D'EYRAUD	Maison de santé pour malades mentaux	Fondation John Bost Pavillon de BETHMAN	U	4ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E487.01728	Bourg d'Abren	Visite de réception après travaux	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 19 septembre 2017 par la commission plénière d'arrondissement

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- M. HEUGAS-LACOSTE, secrétaire général de la sous-préfecture, président,
- M. FAURE, maire de la commune concernée.
- M. BICHON, suppléant du commandant de groupement départemental de gendarmerie.
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIENT A LA COMMISSION :

- M. BOUSQUET, directeur des services immobiliers de la fondation John Bost
- M. PIERRARD, directeur des pavillons du Bourg d'Abren
- M. RUDLER, services techniques de la fondation John Bost
- M. MIMOUNE, conducteur de travaux, fondation John Bost
- Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :

Le permis de construire n° 24.487.97.G.1019 a été étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH du 4 mars 1998 et du 14 mai 2003.
L'autorisation de travaux n° 24.487.17C.0001 a été étudiée en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 12 avril 2017.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 24 février 2006.
La dernière visite périodique a été effectuée par la commission de Bergerac le 16 octobre 2014. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'ensemble des exploitations du bâtiment est placé sous la direction unique de M. PIERRARD chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R. 123-1 à R. 123-55, R. 152-4 et R. 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 10 décembre 2004 modifié portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie de 100 mm n° 11 implanté à moins de 200 m débitant 35 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n° 13 implanté à moins de 200 m débitant 36 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n° 14 implanté à moins de 200 m débitant 44 m^3/h.
Poteau d'incendie de 100 mm n°1555 implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Une réserve incendie de 120 m^3 à moins de 200 m

Niveau : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :
RDC : 21 chambres réparties en 2 unités fonctionnelles D1 et D2, 3 salles à manger, 3 salons, 3 salles d'activités TV, bureaux, infirmerie avec bureaux consultation, médecin, 2 chambres soins et salle de bain. Sous-station de chauffage, locaux de stockage et bureau soignants avec SSI.

1er ét. : Salle de réunions (limitée à 19 personnes), vestiaires du personnel, salle du personnel et rangement non isolé.

Constructions ou aménagements nouveaux :
Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. PIERRARD cet établissement a fait l'objet de nouveaux aménagements objet de la visite.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :

- public :		
résidents :	21	personnes.
autres :	29	personnes.
- personnel :	25	Personnes.
- soit au total :	75	personnes

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :
L'activité déclarée et recensée est : Etablissement pour résidents handicapés mentaux.

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2017-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R.123-43).

2017-2 : Prendre après avis favorable de la commission de sécurité compétente un arrêté municipal d'ouverture de l'établissement au public (art R.123-46).

Règlement de sécurité :

2017-5: Etendre l'alarme générale sélective à l'ensemble de l'établissement et assurer la surveillance du tableau de signalisation ou des tableaux de report d'exploitation disposés dans les locaux du personnel (bureaux, salle de veille, etc.). Ces dispositions feront l'objet d'une mise à jour du dossier d'identité SSI. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac (arts U45, MS 66).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE
DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Mathieu HEUGAS-LACOSTE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du 6 février 2018

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
294-1	PRIGONRIEUX	Centre Hospitalier Spécialisé	Fondation John Bost	U	4ème

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E340.01669	Pavillon Bellevue – Les Galubes	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 10 janvier 2018 par le groupe de visite

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- M. HEUGAS-LACOSTE, secrétaire général de la sous-préfecture, président,
- M. DELPEUCH, représentant le maire de Prigonrieux,
-Mme CHENARD, représentant le commandant du groupement de Gendarmerie de la Dordogne,
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac.

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
- Mme DONNADIEU-DROUILLARD, sous-préfecture de Bergerac,

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :
La déclaration de travaux n° 24.340.00.G.6039 a été étudiée en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 15 novembre 2000.
La déclaration de travaux n° 24.340.10.S.0001 a été étudiée en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 3 novembre 2010.
La déclaration de travaux n° 24.340.14.C.0003 du 16 juin 2014 à été délivrée le 12 août 2014 et étudiée en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 23 juillet 21014
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 23 février 2006.
La dernière visite périodique a été effectuée par la sous-commission départementale ERP-IGH le 20 janvier 2015. Elle a émis un avis favorable à la poursuite de l'exploitation.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois.
L'établissement est placé sous la direction unique de M. Le directeur, chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :
- Le code de la construction et de l'habitation : art R.123-1 à R.123-55, R.152-4 et R.152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières des arrêtés du 23 mars 1965, 23 mai 1989 et du 10 décembre 2004 modifiés, portant approbation des dispositions complétant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de type U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

DESCRIPTION SOMMAIRE :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Une réserve artificielle située à moins de 200 m.

Niveau : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :

RDC : bureau, vestiaires, (homme et femmes), plonge, lingerie, locaux de service, infirmerie, locaux de soins, chambres, locaux de vie, ateliers pédagogiques, local de maintien en température et chaufferie gaz avec accès extérieur.
1er ét. :2 salles de réunions appartement stagiaires et locaux vides.

Constructions ou aménagements nouveaux :

Depuis la dernière visite et sur déclaration de M. POULON, cet établissement n'a pas fait l'objet de nouvelle construction.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

Effectif :
- Public :
- Résidents 50 personnes
- Autres 25 personnes
- Personnel : 65 personnes

Soit au total : 140 personnes

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE :

L'activité déclarée et recensée est : Maison de santé pour maladies mentales et maison d'accueil spécialisée.

CLASSEMENT : Type U et 4ème catégorie.

(A) = Non obligatoire

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Code de la construction et de l'habitation :

2018-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R.123-43).

(A) 2018-2 : Il est conseillé de mettre à proximité de l'équipement d'alarme, un exemplaire du plan d'Etablissement répertorié, (ETARE) à disposition des secours (art R.123-48).

(A) 2018-3 : Apposer sur la face extérieure de la porte du local abritant de système de sécurité incendie, un pictogramme adapté. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art R.123-48).

(A) 2018-4 : Il est conseillé de compléter l'installation des indicateurs d'action, au-dessus des blocs portes des locaux non pourvus au niveau de la zone vestiaires. (art R.123-48)

Règlement de sécurité :

2018-5 : Etendre l'alarme générale sélective à l'ensemble de l'établissement et assurer la surveillance des tableaux de report d'exploitation disposés dans les locaux du personnel (bureaux, salle de veille, etc.). Ces dispositions feront l'objet d'une mise à jour du dossier d'identité SSI. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (arts U45, MS 66).

2018-6 : Vider ou isoler réglementairement les locaux abritant du stockage de matériaux combustibles ou fumigènes au niveau de l'accueil des familles, par des parois et plancher coupe-feu 1h muni d'un bloc porte coupe-feu 1/2h avec dispositif ferme-porte. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art U 13).

2018-7 : Transmettre au service prévision du centre de secours de Bergerac, les fichiers au format DWG contenant les modifications apportées à l'établissement afin de pouvoir procéder à la mise à jour du plan d'établissement répertorié (art MS 42).

2018-9: Proscrire l'utilisation des cales de portes dans l'établissement et en particulier sur les blocs portes des locaux à risques équipés d'un dispositif ferme-porte, (lingerie). Fournir une attestation d'engagement à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art CO28).

2018-10: Assurer la corrélation entre les points de détection automatique avec la destination effective des locaux (local archives, rangement). Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac via la mairie (arts MS 53, MS 56).

2018-11 : Mettre à jour, conformément à la norme NF X 08-070 les plans d'évacuation de l'établissement. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art MS 41).

2018-12 :Veiller à ce que les sapins de noël présents dans l'établissement soient éloignés de toute source d'étincelle de chaleur ou de flamme nue, si sa hauteur est supérieure à 1,70 m il doit être placé hors de portée du public, des moyens d'extinction en rapport avec sa taille doivent être placés à proximité, de plus leur implantation ne peut être que de courte durée (art AM19).

2018-13 :Répartir l'implantation des détecteurs automatiques d'incendie au niveau de la zone vestiaires conformément à la norme. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac via la mairie (art MS 56).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis défavorable à la continuité de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Mathieu HEUGAS-LACOSTE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA DORDOGNE

SOUS-PREFECTURE DE
BERGERAC
Pôle des Libertés Publiques
Dossier suivi par : Catherine Donnadieu-Drouillard
Tél. : 05.47.24.16.18
Fax : 05.53.58.36.80
Mél : catherine.donnadieu@dordogne.gouv.fr

COMMISSION D'ARRONDISSEMENT DE SECURITE CONTRE LES RISQUES D'INCENDIE ET DE PANIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC

PROCES-VERBAL DE LA COMMISSION DE SECURITE

DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Réunion du jeudi 23 mai 2019

Dossier n°	Commune	Activité	Dénomination	Classement	
				Type	Catégorie
547	PRIGONRIEUX	Maison de santé pour les maladies mentales	Fondation John Bost Pavillon LAZARET	U	4

Identifiant	Adresse	Procédure – Objet du rapport	Demandeur de la visite
E340.00004	Rue de Pouchou	Visite de contrôle périodique	Mme la sous-préfète

Etablissement visité le 6 mai 2019 par la commission de sécurité

MEMBRES PRESENTS DE LA COMMISSION AVEC VOIX DELIBERATIVE :

- HEUGAS-LACOSTE, secrétaire général, président de la commission de sécurité de l'arrondissement de Bergerac,
- Pierre DELPEUCH, représentant le maire de Prigonrieux,
- Le capitaine VINCENT, représentant le commandant de la compagnie de gendarmerie de Bergerac.
- Le lieutenant SIMIONATI, officier préventionniste, groupement sud-ouest des services d'incendie et de secours de Bergerac,

ASSISTAIT A LA COMMISSION :
- Mme DONNADIEU-DROUILLARD, secrétaire de la commission.

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ETABLISSEMENT :
Le permis de construire n° 24.340.13C.0003, a été délivré le 10 juillet 2013 et étudié en séance de la sous-commission départementale de sécurité ERP-IGH le 22 mai 2013.
L'autorisation d'ouverture au public a été délivrée le 15 juin 2016.
La dernière visite préalable à l'autorisation d'ouverture a été effectuée par la commission de Bergerac le 20 mai 2016. Elle a émis un avis défavorable à l'autorisation d'ouverture au public levé en séance du 26 mai 2016.
Une demande d'atténuation à la réglementation a été accordée lors de l'étude du permis de construire afin de permettre le déplacement dans le local de veille, des déclencheurs manuels d'alarme et de déverrouillage des issues de secours.
L'établissement n'a pas été fermé pendant plus de 10 mois

L'établissement ou est placé sous la direction unique de M. BONNET, chargé de faire respecter les règles de sécurité relevant des textes ci-dessous.

Les réglementations applicables sont :

- Le code de la construction et de l'habitation : art R 123-1 à R 123-55, R 152-4 et R 152-5.
- Le règlement de sécurité du 25 juin 1980 modifié.
- Les dispositions particulières de l'arrêté du 10 décembre 2004 modifié, portant approbation des dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre le risque d'incendie et de panique dans les établissements de U.

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT EXISTANT :

Implantation des bâtiments / Desserte des bâtiments :
Bâtiment isolé. Deux façades sont accessibles par les véhicules d'incendie et de secours.

Défense incendie externe :
Poteau d'incendie n°3 de 100 mm implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.
Poteau d'incendie n°4 de 100 mm implanté à moins de 200 m débitant 60 m^3/h.

Surface hors œuvre nette au sol (S.H.O.N.) : 4 945 m^2

Niveaux : 2

Répartition et destination des locaux par niveau :

Ce pavillon d'une capacité de 60 lits de type sanitaire (maison de santé pour malades mentaux) est destiné à l'accueil de personnes âgées, handicapées, déficitaires et atteintes de handicap mental.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 47 24 16 16 - Télécopie 05 53 58 36 80

Le bâtiment est organisé en deux parties contigües, un corps de bâtiments appelé corps central construit à simple rez-de-chaussée et un corps de bâtiment construit en R+1 composé de deux ailes symétriques.
Rez-de-chaussée (corps central) :
- Zone accueil administration : sas d'entrée, hall, secrétariat, bureau, salle de réunion (80 m²), rangement et sanitaires.
- Zone soins : Local veille, bureau infirmière, coin attente, local soins, local médicaments, bureau médecins, chambre d'infirmerie, sanitaires, local de rangement et local bouteilles d'oxygène.
- Zone des lieux de vie : bibliothèque-salle de cinéma (25 m²), salon d'esthétique, local kiné et sanitaires.
- Zone ensemble de restauration : place du village extérieur (151 m²), restaurant (84 m²), petit restaurant (24 m²), bar (21 m²), sas, local office, plonge, réserve, vestiaires et sanitaires personnel.
- Zone locaux logistiques, techniques et du personnel : lingerie, local lave linge, local ménage, local produits d'entretien, local stockage couches, local trousseaux et matelas, local réception linge propre, local départ linge sale, local chariots médicaments, vestiaires et sanitaires du personnel, stockage général (42 m²), local factotum (33 m²), garage (20 m²), TGBT et sous-station de chauffage.

Rez-de-chaussée (ailes Nord et Sud) :
- Zone d'hébergement Nord : 15 chambres, sas d'entrée, local linge propre, local linge sale, sanitaires, office, séjour salle à manger (59 m²), salon (28 m²), puits de jour (46 m²), bureau équipe, local de rangement, local ménage et sanitaires.
- Zone d'hébergement Sud: 15 chambres, sas d'entrée, local linge propre, local linge sale, sanitaires, office, séjour salle à manger (59 m²), salon (28 m²), puits de jour (46 m²), bureau équipe, local de rangement, local ménage et sanitaires.

1er étage des ailes Nord et Sud :
Partie commune : bureaux, deux locaux de linge sale, deux locaux linge propre, sanitaires et deux zones d'attente.
- Zone d'hébergement Nord : 15 chambres, local linge sale, local linge propre, local ménage, sanitaires, salle polyvalente-salle télévision (23 m²), salon (21 m²), local rangement et local matériel.
- Zone d'hébergement Sud : 15 chambres, local linge sale, local linge propre, local ménage, sanitaires, salle polyvalente-salle télévision (23 m²), salon (19 m²), local rangement et local matériel.

CALCUL DE L'EFFECTIF :

- public :	30	personnes.
- résidents	60	
- personnel :	20	personnes.
- soit au total :	110	personnes.

L'effectif cité ci-dessus est calculé conformément aux textes applicables.

ACTIVITE déclarée et recensée **:** Maison de Santé pour Maladies Mentales

CLASSEMENT : Type U de 4ème catégorie.

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 47 24 16 16 - Télécopie 05 53 58 36 80

PRESCRIPTIONS A REALISER :

Prescription antérieure non-réalisée :

2016-4 : Assurer la diffusion de l'alarme générale sélective du pôle soins et retirer le diffuseur sonore d'alarme générale. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (art U45).

Code de la construction et de l'habitation :

2019-1 : Les constructeurs, installateurs et exploitants sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de s'assurer que les installations ou équipements sont établis, maintenus et entretenus en conformité avec les dispositions de la présente réglementation. A cet effet, ils font respectivement procéder pendant la construction et périodiquement en cours d'exploitation aux vérifications nécessaires par les organismes ou personnes agréés dans les conditions fixées par arrêté du ministre de l'intérieur. Le contrôle exercé par l'administration ou par les commissions de sécurité ne les dégage pas des responsabilités qui leur incombent personnellement.
Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément présentée en application de l'alinéa précédent vaut décision de rejet (art R.123-43).

Règlement de sécurité :

2019-2 : Retirer le diffuseur sonore d'alarme générale d'évacuation présent dans la lingerie situé au rez-de-chaussée (art U45).

2019-4 : Rendre visibles et accessibles les coffrets de protection des extincteurs et s'assurer qu'ils ne fassent pas saillie dans les circulations au-delà de la tolérance de 0,10 mètre. Fournir une attestation de réalisation à la sous-préfecture de Bergerac, via la mairie (arts MS 39 & CO36).

2019-5 : Limiter le stockage d'archives dans le local de rangement de la salle de réunion ou l'isoler par des parois latérales et planchers hauts coupe-feu 2h avec bloc porte coupe-feu 1h muni de dispositif ferme-porte (art U 13).

AVIS DES MEMBRES DE LA COMMISSION DE SECURITE DE L'ARRONDISSEMENT DE BERGERAC

Avis favorable à la poursuite de l'exploitation de cet établissement.

Le Président,

Mathieu HEUGAS-LACOSTE

16, Place Gambetta - BP 825 - 24108 BERGERAC CEDEX - Téléphone 05 47 24 16 16 - Télécopie 05 53 58 36 80

Fondation John BOST

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES HANDICAPEES

Fondation John BOST

SOMMAIRE

Fondation John BOST 1

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM 4

1.1. Bilan du CPOM précédent 4

2. ORGANISME GESTIONNAIRE 4

2.1 Mutualisation 4

Une mutualisation de services et productions du site de la Vallée de la Dordogne présenté en 2.6 7

2.2. Situation financière du gestionnaire 7

2.3. Evaluations internes – externes : 7

2.4 Partenariats et Coopérations 11

2.5. Politique des ressources humaines 13

2.6. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS (hors prestations frais de siège) 18

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT OU SERVICES 20

3.1. FAM BETHEL SILOE 20

3.1.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 20

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord 20

3.1.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 21

3.1.3.1. Activité établissement FAM BETHEL SILOE 21

3.1.3.2. Ressources humaines – Etablissement FAM BETHEL SILOE 23

3.1.3.3. Eléments budgétaires et financiers –FAM BETHEL SILOE 24

3.1.3.4. Démarche qualité et gestion des risques – Etablissement FAM BETHEL SILOE 26

3.2. FAM CHATEAU RIVIERE 28

3.2.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 28

3.2.2. Analyse des données du tableau de bord 29

3.2.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 29

3.2.3.1. Activité – Etablissement ou service FAM CR 29

3.2.3.2. Ressources humaines – Etablissement FAM CR 32

3.2.3.3. Eléments budgétaires et financiers – Etablissement FAM CR 33

3.2.3.4. Démarche qualité et gestion des risques – Etablissement FAM CR 34

3.3. FAM LA FAMILLE 37

3.3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 37

3.3.2. Analyse des données du tableau de bord 37

3.3.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 38

3.3.3.1. Activité – Etablissement FAM LA FAMILLE 38

3.3.3.2. Ressources humaines – Etablissement FAM LA FAMILLE 40

3.3.3.3. Eléments budgétaires et financiers – Etablissement FAM LA FAMILLE 41

3.3.3.4. Démarche qualité et gestion des risques – Etablissement FAM LA FAMILLE 43

3.4. MAS 45

3.4.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 45

3.4.2. Analyse des données du tableau de bord 46

3.4.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 46

3.4.3.1. Activité – Etablissement MAS 46

3.4.3.2. Ressources humaines – Etablissement MAS 48

3.4.3.3. Eléments budgétaires et financiers – Etablissement MAS 49

3.4.3.4. Démarche qualité et gestion des risques – Etablissement MAS 50

3.5. MAS HR 53
3.5.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 53
3.5.2. Analyse des données du tableau de bord 53
3.5.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 54
3.5.3.1. Activité – Etablissement ou service MAS HR 54
3.5.3.2. Ressources humaines – Etablissement MAS HR 56
3.5.3.3. Eléments budgétaires et financiers – Etablissement MAS HR 56
3.5.3.4. Démarche qualité et gestion des risques – Etablissement MAS HR 57
4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE 59
5. INTEGRATION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES 62

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

Les données du tableau ci-après sont à compléter pour l'ensemble des structures concernées par le 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	Montant DGC ou bases de référence au 1er janvier
240014159	FAM La famille	Privé	**34**	**34**	
240013912	FAM Château Rivière	Privé	**28**	**28**	
240003558	FAM Siloe Bethel	Privé	**81**	**81**	
240013748	MAS HR	Privé	**40**	**40**	
240006726	MAS 24	Privé	**130**	**130**	
TOTAL			**313**	**313**	

1.1. BILAN DU CPOM PRECEDENT

Non concernés, il s'agit du 1er CPOM

Date d'effet du CPOM :					
Durée, soit une échéance à : Date de fin du CPOM :					
Intitulé fiches action	**Objectifs**	**Moyens engagés : matériels et/ou humains**	**Financiers : préciser si coût constant ou moyens nouveaux**	**Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)**	**Observations**

2. ORGANISME GESTIONNAIRE

Le chapitre 2 concerne l'organisme gestionnaire. Il s'agit notamment d'apporter des données Frais de siège, mais également et surtout raisonner de façon globale. En effet, à partir du 2.3 « Evaluations internes – externes, les données à renseigner s'articulent pour la totalité des ESMS et ce, pour l'ensemble du point 2.

2.1 MUTUALISATION

Existence d'un siège du gestionnaire : siège social

La Fondation John Bost dispose d'un siège social sis à la Force Dordogne.

Il n'existe pas de frais de siège : pour accompagner l'ensemble de ses établissements et services sur le territoire national, la Fondation dispose d'une architecture organisationnelle mutualisée composée de la direction générale et de fonctions supports.
Les prestations des services mutualisés sont facturées aux établissements au réel

Pour les établissements médico-sociaux du site de la Vallée de la Dordogne la mutualisation effective s'effectue à deux niveaux :

- Mutualisation des services transversaux, sur le plan national (cf annexe : Missions services transversaux).

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
61522100-PRESTATION IMMEUBLES ET DE LA SECURITE	**23 538**
Entretien des bâtiments	**4 000**
-Etude, planification et suivi des travaux d'entretien du bâtiment, de type préventif ou curatif. -Supervision gestion des contrôles règlementaires concernant le bâti, les risques sanitaires (eau, amiante, plomb, radon etc...). -Supervision gestion des carnets sanitaires et des registres de sécurité. -Supervision gérer le risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie, et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée. -Assistance lors des audits externes et les commissions de sécurité.	
Contrats d'entretien	**10 000**
-Etude, suivi et gestion des contrats d'entretien des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux). -Assurer l'exploitation règlementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberie sanitaire. -Mise en place des astreintes techniques et de chauffage au travers de conventions adaptées pour assurer le maintien 24/24 des installations	
Gros travaux	**9 538**
-Production du Plan d'Investissement. -Suivi des travaux d'entretien de l'existant et de sécurité. -Prestations de coordination de sécurité et de protection de la santé (missions SPS) pour toutes interventions par des prestataires extérieures intervenant en site occupé. -Gestion des garanties légales (bon fonctionnement, décennale), des sinistres et des contentieux liés aux travaux. -Veille règlementaire.	
62840000-PRESTATION INFORMATIQUE ET TELECOMS	**77 548**
Coût du matériel configuré, licences d'exploitation, suite bureautique, des connexions fiables et sécurisées, disponibilité, supports antivirus, pare-feu, anti spam, stockage, sauvegarde/plan de reprise des données, assistance 24H/24 7j/7.	
62884000-PRESTATION SYSTÈME D'INFORMATION	**46 300**
DPRI Hopital Manager	**36 700**
Dossier informatisé administratif et médical du patient, de facturation, de suivi des encaissements, interface avec la comptabilité. Le coût comprenant le coût du progiciel, la maintenance, les évolutions.	
droits utilisateurs	**9 600**
Création des comptes et droits d'accès des utilisateurs sur le réseau Fondation. Assistance et animation sur les différents progiciels.	
62884010 PRESTATION RELATIONS HUMAINES & QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	**67 500**
-Le coût des logiciels de paie Sage HRM et de gestion des plannings et des absences Octime, la maintenance et le développement. -Le calcul de la paie : contrôle des variables, validation de la paie, contrôle bulletin entrées/sorties, production de la DSN. -Pour les cadres : aide au recrutement, production des contrats avenants, DPAE. -Assistance logicielle et règlementaire (droit du travail). -L'appui et le conseil juridique, -L'animation et le développement des politiques et processus RH -Suivi de la mise à jour des taux/audit RH, bilan social, indicateurs.	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884020- PRESTATION FINANCIERE	**77 950**
-Garant de la production des comptes globalisés FJB: Bilan, Compte de résultat, Annexe et rapport de gestion. -Logiciel comptabilité X3, maintenance et mise à jour. -Gestion de la trésorerie, validation des interfaces, traitement des immobilisations, contrôle budgétaire -Contrôle de gestion -Prestations équivalentes en cabinet d'expertise comptable sur les principes d'arrêtés de comptes. Conseille la Direction Générale. Procédures : mises en place et contrôles sur le fonctionnement courant et les arrêtés de comptes.	
62884030 PRESTATION ACHATS	**24 200**
-Le coût logiciel des modules achats et stocks Sage X3, la maintenance et le développement. -Le respect de la réglementation (pouvoirs adjudicateurs) en sécurisant les procédures d'achats. -La massification des achats -La création et la mise à disposition de catalogues de produits avec des coûts maîtrisés -La gestion et le suivi des contrats d'achats -La formation des professionnels sur les processus d'approvisionnement et la réglementation afférente. -Une veille juridique et technologique sur les achats. -Lors d'un appel d'Offre : soutien pour l'écriture de Cahier des Clauses techniques Particulières, réalisation du dossier d'appel d'Offre et de consultation, analyse administrative, soutien pour l'analyse technique, audition du fournisseur prestataire, choix du fournisseur avec le prescripteur, clôture administrative du dossier, collecte des gains sur Appel d'offre.	
62884040- DIRECTION GENERALE	**108 577**
Directeur général : -responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche de l'ensemble de la Fondation. Il a en charge la vocation particulière de celle-ci au-delà de l'aspect administratif ou médical. -conduite générale, organisation, sécurité, ordre et discipline -choix et nomination du personnel -décision sur les admissions et enregistrement ou prononciation des départs -préparation et convocation des séances du Conseil, du Bureau et des Comités, conformément aux indications de chaque Président, rédaction et diffusion des comptes rendus des séances du Conseil, du Bureau et des Comités. Secrétaire général : -Conseil et appui en lien avec les axes stratégiques fixés au CA, les problématiques budgétaires et la réglementation. -Aide et accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement -Accompagnement auprès des partenaires ARS / CD -Accompagnement dans les relations avec les IRP (CSE) -Présidence du CCSE (représentation de tous les CSE des établissements lors du CCSE) -Représentation auprès de la fédération d'employeurs -Représentation au Conseil de Vie Sociale des Etablissements -Représentation à la Commission Des Usagers -Réunion de coordination des activités (réunion tous sites) -Présentation des budgets et des comptes clos devant le CA -Rédaction des documents institutionnels (« gammes », « incollables », statuts, règlement intérieur...) -Entretiens disciplinaires -Recrutement du personnel cadre	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884050- PRESTATION QUALITE GESTION DES RISQUES	**32 300**
-Conduire les évaluations internes selon le calendrier fixé par l'ANESM. Conduire les évaluations externes avec l'opérateur choisi par la Direction Générale - loi n°2002-2 art 22 du 2 janvier 2002 : 3 évaluations internes et 2 évaluations externes par cycle de 15 ans. -Mettre à disposition le référentiel ARSENE (support d'évaluation interne), formation à l'outil. Garant méthodologique. -Inciter une démarche participative et collective d'évaluation. -Présenter les résultats de l'évaluation en bonne et due forme aux autorités compétentes. -Tenir les tableaux de bord des plans d'action dédiés. -Restituer auprès des autorités de contrôle et de tarification et de l'organisation institutionnelle FJB de l'avancée du plan d'amélioration.	
62884060- DIRECTION MEDICALE	**96 200**
Le Directeur médical est responsable de l'organisation des actions médicales et soignantes de la Fondation. Il assure avec l'aide des médecins, des internes, des spécialistes qualifiés, des membres des professions paramédicales, éducatives et soignantes, la bonne exécution des soins et des actions thérapeutiques et pédagogiques. -Il est responsable de l'organisation de la continuité des soins, -Il participe à l'étude des dossiers d'admission des résidents et y apporte un avis médical, -Il concourt au recrutement et à la formation du personnel.	
	554 113

UNE MUTUALISATION DE SERVICES ET PRODUCTIONS DU SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE PRESENTE EN 2.6

2.2. SITUATION FINANCIERE DU GESTIONNAIRE

Résultats comptables du siège : Non applicable – aucune autorisation de siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables *(variation des congés payés, reprises...)*			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2 : Non applicable – aucune autorisation de siège

2.3. EVALUATIONS INTERNES - EXTERNES :

Principaux enjeux des CPOM : permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

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

Évaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations internes
FAM La famille	04/03/2015	04/03/2020
FAM Château Rivière	30/12/2013 - 30/12/2018	30/12/2023
FAM Siloe Bethel	29/12/2015	29/12/2020
MAS HR		31/10/2021
MAS 24	30/12/2013- 30/12/2018	30/12/2023

Évaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Échéances des futures évaluations externes
FAM La famille	04/03/2017	02/03/2024
FAM Château Rivière	30/12/2014	29/12/2019
FAM Siloe Bethel	29/12/2016	28/12/2021
MAS HR		31/10/2022
MAS 24	30/12/2014	30/12/2021

Objectifs transversaux communs issus des évaluations externes et autres dispositifs

Les objectifs listés ci-dessous concernent l'ensemble des établissements MS du site de la vallée de la Dordogne
Ils ont été construits à partir des évaluations internes et externes de l'ensemble des établissements concernés par le CPOM mais du fait des dates , ils sont enrichis :

- Des résultats d'audit sur différentes thématiques
- De l'analyse des causes des évènements indésirables
- Des causes d'accidents du travail
- Des politiques de la Fondation
- Des axes prioritaires de la démarche d'amélioration continue et de la gestion des risques

Selon les établissements il peut s'agir

- de corriger des points faibles
- de se mettre à niveau au regard d'attendus ciblés
- de poursuivre des actions déjà mises en place

Pour tous il s'agit de développer de nouvelles actions en lien avec des objectifs des stratégies nationales , des nouvelles RBPP, la politique institutionnelle FJB, de poursuivre les actions de mutualisations légitimes dans leur finalité
Le défi tout comme pour les unités sanitaires dans le cadre de la procédure de certification est d'améliorer la qualité des établissements médico-sociaux sur les axes prioritaires.

Objectifs concernant les outils de la loi 2002

- Actualisation du projet de chaque établissement (en cours)
- Actualisation si nécessaires du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, du DIPC

Objectifs concernant les organisations

- Positionnement des réunions institutionnelles (réunion clinique , réunion de fonctionnement *(cf document annexe : dispositifs de réunions)*
- Clarification des missions de chaque professionnel à développer
- Mutualisation des compétences particulières (déjà effectif et à intensifier)
- Faciliter l'appropriation permanente des RBPP par tous les professionnels
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les causes d'accident du travail

Objectifs concernant les prestations de soins somatiques et psychiques

- Double prise en charge somatique et psychiatrique pour l'ensemble des établissements
- Poursuite du développement des actions de prévention (droit commun, dépistage des cancers, activité physique, actions d'éducation thérapeutique à intensifier))
- Prise en compte du vieillissement, plus de 50% des personnes accueillies ont plus de 50 ans (formations, recrutement de médecins gériatres..)
- Prise en compte des soins bucco dentaires (prévention et soins) par chirurgien-dentiste spécialisé
- Prise en compte de l'accroissement des pathologies somatiques déjà fortement représentées (convention HAD, conventions avec partenaires libéraux et hospitaliers, mise en place du centre de santé)
- Dépistage et prise ne compte de la douleur (CLUD transversal/ formation au Meopa des IDE et médecins)
- Repérage des risques de dénutrition (CLAN transversal)
- Prise en compte du risque iatrogénique (mise en place progressive de la conciliation médicamenteuse, livret thérapeutique)
- Prise en compte de l'évolution dans le temps de la symptomatologie épileptique : 50% de personnes concernées (grille de repérage, formation des professionnels, appui et suivis organisés par neurologue)
- Prise en compte des risques liés aux neuroleptiques (chutes, risque de surpoids, exposition au soleil, ...)
- Organisation par mutualisation sanitaire et Médico-sociale de la continuité médicale somatique et psychiatrique 24/24H, 365j/an
- Organisation de formations « flash » sur sujets somatiques
- Travaux à poursuivre sur accompagnement soins palliatifs et accompagnement fin de vie

Objectifs concernant de rééducation et réadaptation fonctionnelle

- Mise en place, actualisation et prise en compte des évaluations fonctionnelles pour chaque résident,. Ces évaluations fonctionnelles sont nécessaires à l'identification des capacités et potentiels en vue de construire le projet d'accompagnement. (intensification des actions en cours avec formation des professionnels, recrutements de professionnels formés aux évaluations, laboratoire autonomie et communication, investissement de matériel, ...)
- Une attention particulière est donnée aux évaluations de la communication expressive et réceptive pour adapter les outils
- Réorganisation du plateau médico-technique en mutualisant les compétences pour faciliter les évaluations pluridisciplinaires

Objectifs concernant les prestations en matière d'autonomie

- Prévenir et anticiper la perte d'autonomie des personnes (matériel adapté, domotique, adaptation des locaux, ...)
- Identification des compétences requises et des besoins de formations
- Développement des travaux de mise en place des outils facilitant la communication (laboratoire autocom)

Objectifs concernant la participation sociale et notamment les droits des personnes

Quelques repères :
Plus de 70% des personnes ont des troubles de la communication et de la compréhension (déficience intellectuelle, autisme sévère, polyhandicap)
Près de 99% des personnes sont sous une mesure de protection juridique (tutelle 90% le reste étant curatelle, ou curatelle renforcée).

Points concernés

- Amélioration de la participation de la personne accompagnée à tous les stades de construction de son projet personnalisé
- Travail sur l'autodétermination des personnes accompagnées y compris non communicante (outil Baromètre)
- Travaux sur la liberté d'aller et venir prenant en compte les conséquences liées au vieillissement (chute, troubles cognitifs venant se rajouter à la déficience intellectuelle)
- Travail sur la place des familles et des aidants
- Poursuite des actions à visées inclusives (accès à un logement adapté via des appartements de transition, participation aux activités de droit commun, ...)
- Travail sur la conception d'outils pour faciliter le recueil des directives anticipées
- Travail autour des outils de préparation aux sorties, aux consultations, ...

Objectifs concernant les ressources humaines

- Adapter les compétences aux besoins identifiés (politique de recrutement, formations psychopathologie par parcours : autisme, psychose, polyhandicap, vieillissement)
- Prévention des risques professionnels (mise à jour des DUERP), actions de préventions PRAPS
- Analyse des causes d'accident du travail
- Procédure d'accueil des nouveaux professionnels
- Formations « Gammes » repères et références institutionnels
- Développement d'actions en lien avec la politique Qualité de Vie au Travail

Objectifs concernant le système d'information

- Informatisation du dossier de soins et du dossier d'accompagnement (outil « Baromètre », Université Sherbrooke, Canada)
- Formulaire d'information partagée entre professionnels (cf art 96 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé)
- Dispositif d'appropriation /formation des outils métiers pour chaque professionnel

Objectifs concernant la démarche qualité et la gestion des risques

Ces objectifs s'appuient sur la politique qualité et gestion des risques et le manuel adopté pour l'ensemble des Etablissements de la Fondation
Points traités notamment :

- Sécurisation du circuit du médicament (PUI* et DJIN* robotisée, audit dans les établissements, formation des professionnels, ...)
- Déclaration et analyse des évènements indésirables avec CREX* : acquisition du logiciel intraqual, paramétrage et déploiement prévu en 2019)
- Promotion de la bientraitance et prévention des risque de maltraitance(réalisation de cartographie des risques sur la base des outils HAS dans chaque ESMS)
- Gestion du risque infectieux : Mutualisation avec compétences de l'ESAP et l'EOH*
- Traçabilité de l'information dans les dossiers

* PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
*DJIN : Dispensation Journalière Individuelle Nominative
*EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
*CREX : Comité de Retour d'Expérience

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

ESMS couverts par le CPOM	Éléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS
FAM La famille FAM Château Rivière FAM Siloe Bethel MAS HR MAS 24	PUI robotisée avec DJIN, Pool ide de nuit, Permanence médicale somatique et psychiatrique , Accès aux soins dentaires Plateau technique de rééducation Accès au culte de son choix Les participations des résidents dans des activités de droit commun Les ateliers d'activités Mutualisés Astreinte technique	Laboratoire autonomie communication Fiches repères Outils « Baromètre » compatible GIR, GEVA, SERAFIN PH Mise en place d'espace éthique PMSI renseigné y compris en ESMS	

2.4 PARTENARIATS ET COOPERATIONS

Liste des partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur coopérations ?
Convention de partenariat avec le CH de Bergerac		Relayer l'information à l'ensemble des professionnels autres que soignants	
Convention de partenariat avec l'HAD clinique Pasteur		"	
Convention constitutive de GCS de santé mentale de Dordogne		"	
Convention de partenariat avec le CH de Sainte-Foy-La-Grande		"	
Convention de partenariat avec le CHU du Bordeaux		"	
Convention de partenariat avec le réseau de soins palliatifs et d'accompagnement 24		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Rambault-		"	

Mautuit (Ophtalmologie)			
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et les Docteurs Vircoulon et Oysel (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Delabrousse-Mayoux (Neurologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Beauchamps (Gynécologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Berchebru-Bertrand (Dermotologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur KHELLAF (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur LEHERISSIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur FALQUIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Tolomio (Orthophonie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Fruttero (Orthoptie)		"	
Partenariat avec le Comité Local de Santé Mentale de la CAB		"	
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) 33		"	
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) 24		"	
Partenariat et convention avec l'Association Croix-Marine 24		"	

Ainsi que de Multiples conventions de mises à disposition de locaux et dispositifs du plateau du SVD.

2.5. 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
FAM La famille FAM Château Rivière FAM Siloe Bethel MAS HR MAS 24	groupes d'analyse de pratique (mise en œuvre en 2019) Accompagnement des cadres sur le management et la QVT Evaluation continue du DUERP et articulation de la gestion concertée des risques professionnels Déploiement des fiches de postes et entretiens individuels + professionnels Nouveau dispositif de réunions institutionnelles	Poursuite de l'accompagnement soutenu des mobilités professionnelles Développement des parcours professionnels afin de limiter les restrictions voir les inaptitudes aux postes. Réponses aux besoins en formation professionnelle continue	

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 GPEC ?		X		A construire au niveau de la FJB	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X		Entretien professionnels Dispositif spécifique formations des cadres	Logiciel adapté permettant un meilleur suivi	
Adéquation du personnel aux missions ?	X			Formations par parcours en psychopathologie	

Politique de formation :

Définition des axes prioritaires de formation pour l'ensemble des structures par la direction générale.
A ces axes se rajoutent les besoins spécifiques identifiés par chacune des structures.

Le processus de Formation vise :

- à proposer et organiser les formations définies comme prioritaires pour la Fondation ou répondant à des besoins identifiés par l'établissement.
- à suivre les demandes et les formations délivrées.
-

Les axes de formations prioritaires communs à l'ensemble de la Fondation :

- Déployer et renforcer la connaissance de tous dans les Psychopathologies, par parcours,
- Maladies somatiques et troubles du comportement,
- Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie.

Les formations psychopathologies sont toutes en refonte pour adapter les formations aux besoins des professionnels du fait des particularités des publics (les organismes de formation proposent souvent des formations pas suffisamment adaptées à l'accompagnement des publics accueillis), auxquelles se rajoutent des formations dans les unités pour tous les professionnels, exemples :

- Epilepsie
- Vieillissement
- Chutes
- Trouble de la déglutition
- la douleur et sa prise en charge
- l'entretien infirmier
- le circuit du médicament
- le suicide
- la vie affective et sexuelle
- les troubles alimentaires
- la juste distance dans le soin
- ...

Désormais dans le cadre des objectifs de formations, sont privilégiés la mixité entre approche théorique et approche pratique (formation-action) concernant le plus grand nombre de professionnels possible par parcours.
A ces formations actions se rajoutent les formations « flash » (sous forme de mini-topos).

Année N-1

	Durée	Qualification	Nombre de personnes formées	Coût
Formation n° 1Promouvoir la Bientraitance et Prévenir la Maltraitance,				
ACR - LES IMPACTS DE LA LOI RELATIVE A L ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT	21			
ACR - ETHIQUE PROFESSIONNELLE ET TRAVAIL AVEC LES FAMILLES	21			
ACR - MANAGER PAR LE SENS	42			
COLLOQUE TRANSITION INCLUSIVE	14			
DEVENIR ACTEUR EN PREVENTION	14			
GAPP	12			
GESTION DES CONFLITS	4,5			
GROUPE DE PILOTAGE PRAP	7			
INFORMATION ET SENSIBILISATION A LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS / LA PRAP, DEMARCHE ENJEUX ET OUTILS	1,5		330	
LE DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS 6 ATELIERS PILOTES	7			
LES JOURNEES INTERNATIONALES DE LA QUALITE HOSPITALIERE ET EN SANTE	14			
MEOPA	3,5			
PILOTER UNE DEMARCHE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	7			
PRENDRE EN CHARGE LES SITUATIONS D HETERO AGRESSIVITE ET ACCOMPAGNER LES AGENTS VICTIMES D ACTES VIOLENTS	21			
RELATIONS SOCIALES ET GESTION DES SITUATIONS DE CONFLITS	21			
VERS UN MIEUX ETRE AU TRAVAIL	21			
Formation n° 2 : Déployer et renforcer la connaissance de tous dans les psychopathologies par parcours				
CONGRES MAS FAM : DEVOIR, POUVOIR, SAVOIR TOUT FAIRE? DES RESSOURCES AU SERVICE DE LA COMPLEXITE ET DE LA SINGULARITE	12			
FORMATION PSYCHOPATHOLOGIES - LE POLYHANDICAP	28		36	
FORMATION PSYCHOPATHOLOGIES TROUBLES SCHIZOPHRENIQUES ET AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ LADULTE	28			
Journées d'Etudes Polyhandicap 2017 : Troubles du comportement : Repérer, comprendre, prévenir pour mieux accompagner la personne handicapée et IMC"	14			
MOUVEMENT RYTHME ET PERCUSSIONS	35			

	Durée	Qualification	Nombre de personnes formées	Coût
Formation n° 3: Maladies somatiques et troubles du comportement.				
15ème CONGRES SOINS SOMATIQUES ET DOULEUR	21			
AUTISME - LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT	28		42	
LES MALADIES SOMATIQUES	14			
LES POLITIQUES DE L AUTISME	7			
Formation n° 4 : Autres				
Sécurité			106	
Obligatoire				
Qualification				
.....				

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 ou mutualisation ou suppression poste
ANNEE N : 2018	**4**			Remplacement ou mutualisation ou suppression, voire requalification étudiés en tenant compte de la restructuration
Siloe Bethel	1	AES		
Siloe Bethel	1	EDUCATEUR SPECIALISE		
Siloe Bethel	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Lazaret	1	AIDE SOIGNANT(E)		
ANNEE N +1 : 2019	**14**			Remplacement ou mutualisation ou suppression, voire requalification étudiés en tenant compte de la restructuration
Attente	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Attente	1	AES		
Bellevue	1	GARDE MALADE		
Bellevue	1	MONITEUR EDUCATEUR		
Siloe Bethel	1	MONITEUR EDUCATEUR		
Siloe Bethel	1	AES		
De Bethmann	1	AIDE SOIGNANT(E)		
FAM la Famille	1	MONITEUR EDUCATEUR		
Bellevue	1	EDUCATEUR SPECIALISE		
Attente	1	INFIRMIER D.E.		
Lazaret	1	INFIRMIER D.E.		
Lazaret	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		
Bellevue	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		
Siloe Bethel	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		

ANNEE N + 2 : 2020	**12**			Remplacement ou mutualisation ou suppression, voire requalification étudiés en tenant compte de la restructuration
Bellevue	2	AES		
Siloe Bethel	3	AES		
Siloe Bethel	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		
Chateau Riviere	2	AIDE SOIGNANT(E)		
Chateau Riviere	1	INFIRMIER D.E.		
Siloe Bethel	1	INFIRMIER D.E.		
Attente	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Lazaret	1	AES		
ANNEE N + 3 :2021	**9**			Remplacement ou mutualisation ou suppression, voire requalification étudiés en tenant compte de la restructuration
Siloe Bethel	1	MONITEUR EDUCATEUR		
FAM la Famille	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Bellevue	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Siloe Bethel	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Siloe Bethel	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		
De Bethmann	1	AGENT HOTELIER SPECIALIS		
Chateau Riviere	1	AIDE SOIGNANT(E)		
FAM la Famille	1	INFIRMIER D.E.		
Siloe Bethel	1	CHEF LINGERE		
ANNEE N + 4 :2022	**5**			Remplacement ou mutualisation ou suppression, voire requalification étudiés en tenant compte de la restructuration
FAM la Famille	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Lazaret	1	AHS		
Lazaret	1	AIDE SOIGNANT(E)		
Lazaret	1	LINGERE MECANICIENNE		
De Bethmann	1	AHS		
TOTAL	**44**		**Calcul en cours**	
Provisions déjà constituées			**En cours de calcul**	
RESTE A FINANCER				

2.6. MUTUALISATIONS DES MOYENS ENTRE LES DIFFERENTS ESMS (HORS PRESTATIONS FRAIS DE SIEGE)

Les établissements médico-sociaux des établissements du site de la Vallée de la Dordogne bénéficient de mutualisations de services et de productions. Ces mutualisations sont facturées en fonction de leurs coûts et non forfaitairement.
Il s'agit :

- Mutualisations des services sur le SVD
- Les productions supports du SVD

Les services mutualisés et supports du SVD (cf Annexe : les services et supports du SVD)

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
- Le Service des Relations Humaines SVD	-Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité	RAS	RAS
- Le Service Financier SVD	- Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité	RAS	RAS
- Le Service Logistique SVD	-Economie d'échelle en lien avec le service achat (national) -Maîtrise technique -Réactivité	RAS	RAS
- Le Service Technique SVD	-Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité	RAS	RAS

Les productions supports du SVD	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
- La Pharmacie à Usage Intérieur : (PUI)	Sécurisation du circuit du médicament	RAS	RAS
- Le Service Médical du site :	Sécurité des soins Disponibilité	RAS	RAS
- La Cuisine Centrale	Respect des normes adaptation à la demande	RAS	RAS
- La Blanchisserie Centrale	traçabilité hygiène production maîtrisée	RAS	RAS

(RAS : Rien A Signaler)

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT OU SERVICES

3.1. FAM BETHEL SILOE

3.1.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Il est rappelé que vous devez saisir les données tableaux de bord de la performance pour chaque établissement ou service.

Par ailleurs, les éléments saisis doivent être impérativement fiabilisés.

En effet, des extractions « des données tableau de bord » sont réalisées pour un certain nombre d'études, comparaisons, et analyses. Les données du tableau de bord sont un véritable outil permettant de procéder à des moyennes départementales, régionales et nationales. Il sert également à comparer certains indicateurs permettant à chacun de se situer au regard des autres structures.

(Cf annexe : ANAP 2017 FAM BS)

3.1.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS FAM BETHEL SILOE	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie du risque de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	
Axe n°2 : Ressources humaines	Equipe pluridisciplinaire	Qualification au regard du vieillissement et du virage inclusif	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.1.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.1.3.1. ACTIVITE ETABLISSEMENT FAM BETHEL SILOE

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Internat	Semi-internat	Externat	Accueil de jour	Accueil Temporaire	TOTAL
Journées théoriques *(capacité x durée d'ouverture)*	28 835				730	29 965
Journées réalisées	27 330				287	27 617
Taux d'occupation	94,78 %					92,16%

	Journées d'ouvertures	Actes	Séances	Files actives
CMPP nombre de séance, files actives				
SESSAD : à définir avec le service ou à compléter en fonction des indicateurs				

	Journées d'ouvertures	Files actives	RDV programmés dans l'année pour les enfants de la file active
CAMSP : File active (un enfant reçu une fois dans l'année est comptabilisé une seule fois)			

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

Constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation.

Le site de la Vallée de la Dordogne est régulièrement sollicité pour l'accueil de personnes en situation complexe et ce depuis sa création (« Accueillir ceux que tous repoussent ») qu'elles soient passées par le dispositif RAPT ou pas.

Le recrutement est prioritairement départemental et régional exceptionnellement national.
Des réunions régulières sont mises en place avec la référente « situation complexe » et le médecin de la MDPH24 (idem avec le département 33)

Le travail collaboratif en amont de la construction d'un PAG ou après la première réunion du groupe opérationnel de synthèse (GOS) s'effectue selon différentes modalités :

- Visite sur le lieu de vie ou d'accueil de la personne par l'équipe mobile de l'ESAP qui selon la situation peut intégrer aussi des professionnels d'un ESMS susceptible d'accueillir la personne.
- Visite au sein de structure hospitalière (CH Vauclaire , CH de Cadillac notamment USIP)
- Accueil en hébergement temporaire avec ou sans évaluation en HDJ
- Accueil en préalable en unité sanitaire pour évaluation
- Evaluation à domicile et proposition de réorientation à la MDPH

Votre structure a-t-elle reçu une autorisation de dérogation pour une ou plusieurs prises en charge supplémentaire au regard de votre agrément ? (préciser nombre d'enfants ou d'adultes, âge, profil de handicap et situation particulière).
NON

Prise en charge de personnes relevant de l'amendement Creton : préciser le nombre de personnes concernées en année N et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet.
NON CONCERNES

Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée / existence d'un plan de transport (MAS/FAM)		Organisation interne : - Activités - Consultations internes - Consultations externes (Cf annexe : :navette) Sauf pour personne polyhandicapées agrément ambulancier	
Pour les ESAT : financement des frais de transports sur le budget commercial ou social			
Pour les ESAT : quote-part financée par les travailleurs handicapés			
Origine des personnes prises en charge (répartition par département)			
A RENSEIGNER SI CE POSTE REPRESENTE UNE PROBLEMATIQUE IMORTANTE Répartition des personnes selon la distance domicile/ESMS : [0- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes *Fourchettes à adapter selon l'ESMS*			
Coût			

3.1.3.2. RESSOURCES HUMAINES - ETABLISSEMENT FAM BETHEL SILOE

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 HBT	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	5	3,40			
Administration/Gestion	2	1,50			
Services généraux	1	1			
Agent d'entretien	14	10,35			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	29	20,04			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	0	0			
Médical : Médecin	0	0			
Autre fonction (à préciser)	0	0			
TOTAL	**51**	**36,29**			

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 SOINS	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	0	0			
Administration/Gestion	0	0			
Services généraux	0	0			
Agent d'entretien	0	0			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	49	35,32			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	9	6,60			
Médical : Médecin	4	0,60			
Autre fonction (à préciser)					
TOTAL	**62**	**42,52**			

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	5	3,40			
Administration/Gestion	2	1,50			
Services généraux	1	1			
Agent d'entretien	14	10,35			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	78	55,36			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	9	6,60			
Médical : Médecin	4	0,60			
Autre fonction (à préciser)	0	0			
TOTAL	**113**	**78,81**	**0,97**		

3.1.3.3. ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS -FAM BETHEL SILOE

Résultats à affecter : hébergement	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	3 542 312,75	3 400 185,92	3 399 206,40
Dépenses	3 437 514,22	3 431 458,69	3 397 928,79
Net	104 798,53	-31 272,77	1 277,61
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	-200 000,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-95 201,47	-31 272,77	1 277,61

Résultats à affecter : soin	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	2 443 814,68	2 389 268,53	2 379 671,19
Dépenses	2 459 178,02	2 383 998,23	2 373 086,82
Net	-15 363,34	5 270,30	6 584,37
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	0,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-15 363,34	5 270,30	6 584,37

Résultats à affecter : ESMS FAM BETHEL SILOE	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	5 986 127,43	5 789 454,45	5 778 877,59
Dépenses	5 896 692,24	5815 456,92	5 771 015,61
Net	89 435,19	-26 002,47	7 861,98
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	-200 000,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-110 564,81	-26 002,47	7 891,98
AFFECTATION DES RESULTATS			
Année 2017	**Compte administratif du 24 juillet 2018 : Résultat à affecter 2017 = -32 667,38 (proposition FJB en RAN déficitaire 2019)**		

Année 2016	**90 777,62 affecté en 110000 (arrêté tarifaire 2018)**
Année 2015	**Résultat 2015 à affecter= 95 384,14 :** **- 47 629,07 en atténuation des charges 2017** **- 47 629,07 en réserve de compensation**

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du dernier bilan financier (cf annexe : FAM BS BILAN FINANCIER 2015-2016-2017)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non : Oui
Durée : 5 ans
Période du 01/01/2015 Au 31/12/2019

Objet du PPI : Reconstruction, réhabilitation...
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)(cf annexe : BETHEL-SILOE-PPI ACCORDE)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS FAM BETHEL SILOE	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	85 825,20
Réserve de compensation des charges d'amortissement	19 718,10
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	37 500,00
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	252 200,00
TOTAL	395 243,30

Projets d'investissement

Locataire / propriétaire ? Propriétaire

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

Réflexion en cours dans le cadre de la restructuration du SVD (transfert Bordeaux-Talence)
Prise en compte du vieillissement et du virage inclusif.

3.1.3.4. Démarche qualité et gestion des risques - Etablissement FAM BETHEL SILOE

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

(cf annexes : « eval interne FAM BS » & « Rapport évaluation externe FAM BS »)

ESMS FAM BETHEL SILOE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Projet d'établissement	**OUI**		En attente de validation par les instances	
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**	La direction du site à mis en place en plus des CVS des établissements, un CVS central		
Règlement de fonctionnement	**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	Une cartographie des risques de maltraitance a été diffusée et est travaillée dans chaque ESMS. Des grilles de prévention sont mise en place pour réduire les risques de troubles du comportement	Démarche qui doit être continue Travail d'accompagnement des professionnels de nuit à mettre en place	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail permanent pour identifier les souhaits ou les gouts des personnes non communicantes et déficiente intellectuelle	Meilleure association des résident à tous les moments de construction avec l'outil baromètre Travail à développer avec les familles lorsqu'elles sont présentes.	
Accès aux actions de prévention et aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	De nombreux partenariats existent. Création d'un centre de santé spécialisé handicap	Accentuer la connaissance des particularités du public accompagné par la FJB auprès des partenaires	
Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*	OUI	Outil « Baromètre » Laboratoire autonomie communication Activités		

		mutualisées autour d'ateliers : -travaux manuels et ouvrages - pole intellectuel et communication - plein air, ferme pédagogique et équithérapie -... Association de sport adapté et parcours sport & santé		
Evènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables *(fugues, chutes, erreur médicamenteuse...)* et de signalement de cas de maltraitance	OUI	Une procédure, et des fiches d'évènements indésirables existent	L'informatisation en cours devrait permettre une meilleure gestion et analyse des évènements	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RBP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI travail permanent		Revoir les méthodes de diffusion et de travail autour des RBPP du fait de l'appropriation hétérogène par les équipes	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Projet de soins	OUI			
Protocoles médicaux mis en place	OUI			
Présence d'un défibrillateur	OUI			
Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP	NC			
Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge	Oui pour le dépistage de droit commun et la nutrition		Pas de programme d'action spécifique mais des actions d'éducation thérapeutique à structurer	
Livret thérapeutique en place	OUI		Refonte permanente pour tenir compte du vieillissement du polyhandicap, des évolutions de la règlementation sanitaire	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Chirurgien dentiste sur place		
Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies	OUI	Cf annexe « volet médical »	Développement des « formations flash »	

Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	• PUI et DJIN Robotisée • Audit du circuit du médicament régulier • Analyse des fiches d'évènements indésirables • Formation des professionnels AS pour l'aide à l'administration • Présence IDE 7h00 – 21h00 • Intervention du pool IDE de nuit pour les « si besoin » avec validation préalable du médecin d'astreinte pour certains médicaments • Procédure spécifique pour l'administration dans chaque ESMS. Révisions régulière de la procédure d'administration pour prévenir le risque d'erreur lié à la perte d'autonomie des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement

3.2. FAM CHATEAU RIVIERE

3.2.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Il est rappelé que vous devez saisir les données tableaux de bord de la performance pour chaque établissement ou service.

Par ailleurs, les éléments saisis doivent être impérativement fiabilisés.

En effet, des extractions « des données tableau de bord » sont réalisées pour un certain nombre d'études, comparaisons, et analyses. Les données du tableau de bord sont un véritable outil permettant de procéder à des moyennes départementales, régionales et nationales. Il sert également à comparer certains indicateurs permettant à chacun de se situer au regard des autres structures.

(Cf annexe : ANAP 2017 FAM CR)

3.2.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS FAM CR	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie du risque de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	
Axe n°2 : Ressources humaines	Equipe pluridisciplinaire	Qualification au regard du vieillissement et du virage inclusif	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.2.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.3.1. ACTIVITE - ETABLISSEMENT OU SERVICE FAM CR

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité CA 2017	Internat	Semi-internat	Externat	Accueil de jour	Accueil Temporaire	TOTAL
Journées théoriques *(capacité x durée d'ouverture)*	10 220				365	10 585
Journées réalisées	9 606				128	9 734
Taux d'occupation	94,00 %					91,96 %

	Journées d'ouvertures	Actes	Séances	Files actives
CMPP nombre de séance, files actives				
SESSAD : à définir avec le service ou à compléter en fonction des indicateurs				

	Journées d'ouvertures	Files actives	RDV programmés dans l'année pour les enfants de la file active
CAMSP : File active (un enfant reçu une fois dans l'année est comptabilisé une seule fois)			

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

Constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation.

Le site de la Vallée de la Dordogne est régulièrement sollicité pour l'accueil de personnes en situation complexe et ce depuis sa création (« Accueillir ceux que tous repoussent ») qu'elles soient passées par le dispositif RAPT ou pas.

Le recrutement est prioritairement départemental et régional exceptionnellement national.
Des réunions régulières sont mises en place avec la référente « situation complexe » et le médecin de la MDPH24 (idem avec le département 33)

Le travail collaboratif en amont de la construction d'un PAG ou après la première réunion du groupe opérationnel de synthèse (GOS) s'effectue selon différentes modalités :

- Visite sur le lieu de vie ou d'accueil de la personne par l'équipe mobile de l'ESAP qui selon la situation peut intégrer aussi des professionnels d'un ESMS susceptible d'accueillir la personne.
- Visite au sein de structure hospitalière (CH Vauclaire , CH de Cadillac notamment USIP)
- Accueil en hébergement temporaire avec ou sans évaluation en HDJ
- Accueil en préalable en unité sanitaire pour évaluation
- Evaluation à domicile et proposition de réorientation à la MDPH

Votre structure a-t-elle reçu une autorisation de dérogation pour une ou plusieurs prises en charge supplémentaire au regard de votre agrément ? (préciser nombre d'enfants ou d'adultes, âge, profil de handicap et situation particulière).
NON

Prise en charge de personnes relevant de l'amendement Creton : préciser le nombre de personnes concernées en année N et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet.
NON CONCERNES

Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée / existence d'un plan de transport (MAS/FAM)		Organisation interne : - Activités - Consultations internes - Consultations externes (Cf annexe : :navette) Sauf pour personne polyhandicapées agrément ambulancier	
Pour les ESAT : financement des frais de transports sur le budget commercial ou social			
Pour les ESAT : quote-part financée par les travailleurs handicapés			
Origine des personnes prises en charge (répartition par département)			
A RENSEIGNER SI CE POSTE REPRESENTE UNE PROBLEMATIQUE IMORTANTE Répartition des personnes selon la distance domicile/ESMS : [0- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes *Fourchettes à adapter selon l'ESMS*			
Coût			

3.2.3.2. RESSOURCES HUMAINES - ETABLISSEMENT FAM CR

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 Hébergement	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	1	0,50			
Administration/Gestion	4	0,41			
Services généraux	0	0			
Agent d'entretien	4	3,50			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	7	6,87			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	0	0			
Médical : Médecin	0	0			
Autre fonction (à préciser)	0	0			
TOTAL	**16**	**11,28**			

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 Soin	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	1	1			
Administration/Gestion	0	0			
Services généraux	0	0			
Agent d'entretien	0	0			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	8	7,75			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	8	4,76			
Médical : Médecin	2	0,36			
Autre fonction (à préciser)	0	0			
TOTAL	**19**	**13,87**			

GLOBAL (HEBERGEMENT ET SOIN)

PERSONNEL SALARIÉ Hébergement + soin	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	2	1,50			
Administration/Gestion	4	0,41			
Services généraux	0	0			
Agent d'entretien	4	3,50			
Restauration : cuisinier	0	0			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	15	14,62			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	8	4,76			
Médical : Médecin	2	0,36			
Autre fonction (à préciser)	0	0			
TOTAL	**35**	**25,15**	**0,90**		

3.2.3.3. ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS - ETABLISSEMENT FAM CR

Résultats à affecter : hebergement	Année 2017	Année 2016	Année 2015
Recettes	1 150 249,99	1 178 996,60	1 160 422,27
Dépenses	1 150 265,52	1 153 213,03	1 212 851,50
Net	-15,53	25 783,57	-52 429,23
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	0,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-15,53	25 783,57	-52 429,23

Résultats à affecter : soin	Année 2017	Année 2016	Année 2015
Recettes	927 424,81	881 764,32	913 390,64
Dépenses	933 890,56	881 009,60	916 858,02
Net	-6 465,75	754,72	-3 467,38
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	0,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-6 465,75	754,72	-3 467,38

Résultats à affecter : Global	Année 2017	Année 2016	Année 2015
Recettes	2 077 674,80	2 060 760,92	2 073 812,91
Dépenses	2 084 156,08	2 034 222,63	2 129 709,52
Net	-6 481,28	26 538,29	-55 896,61
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	0,00	0,00	0,00
Résultat à affecter	-6 481,28	26 538,29	-55 896,61

AFFECTATION DES RESULTATS	
Année 2017	Résultat à affecter = -12 396.32 (Compte Administratif 24 juillet 2018)
Année 2016	Résultat à affecter = 2 327.36 CA FJB affecte en réserve de compensation des déficits
Année 2015	Déficit cumulé de 29 378,27 annulé par la reprise de la réserve de compensation des déficits (compte 10686)

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du dernier bilan financier (cf annexe : FAM CR BILAN FINANCIER 2015-2016-2017)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non : Oui
Durée : 5 ans
Période du 01/01/2015 Au 31/12/2019

Objet du PPI : Reconstruction, réhabilitation...
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.) (cf annexe : FAM CR-PPI ACCORDE)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS FAM CR	
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	155 016,00
TOTAL	155 016.00

Projets d'investissement

Locataire / propriétaire ? Propriétaire

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

Réflexion en cours dans le cadre de la restructuration du SVD (transfert Bordeaux-Talence)
Prise en compte du vieillissement et du virage inclusif

3.2.3.4. DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES - ETABLISSEMENT FAM CR

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

(cf annexes : « eval interne FAM CR » & « Rapport évaluation externe FAM CR » & « Synthèse eval externe FAM CR »)

ESMS FAM CR	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Projet d'établissement	**OUI**		En attente de validation par les instances	
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**	La direction du site à mis en place en plus des CVS des établissements, un CVS central		

Règlement de fonctionnement	**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	Une cartographie des risques de maltraitance a été diffusée et est travaillée dans chaque ESMS. Des grilles de prévention sont mise en place pour réduire les risques de troubles du comportement	Démarche qui doit être continue Travail d'accompagnement des professionnels de nuit à mettre en place	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail permanent pour identifier les souhaits ou les gouts des personnes non communicantes et déficiente intellectuelle	Meilleure association des résident à tous les moments de construction avec l'outil baromètre Travail à développer avec les familles lorsqu'elles sont présentes.	
Accès aux actions de prévention et aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	De nombreux partenariats existent. Création d'un centre de santé spécialisé handicap	Accentuer la connaissance des particularités du public accompagné par la FJB auprès des partenaires	
Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*	OUI	Outil « Baromètre » Laboratoire autonomie communication Activités mutualisées autour d'ateliers : -travaux manuels et ouvrages - pole intellectuel et communication - plein air, ferme pédagogique et équithérapie -... Association de sport adapté et parcours sport & santé	Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*	
Evènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables *(fugues, chutes, erreur médicamenteuse...)* et de signalement de cas de maltraitance	OUI	Une procédure, et des fiches d'évènements indésirables existent	L'informatisation en cours devrait permettre une meilleure gestion et analyse des évènements	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI			
Appropriation des recommandations des	OUI		Revoir les	

bonnes pratiques (RBP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	travail permanent		méthodes de diffusion et de travail autour des RBPP du fait de l'appropriation hétérogène par les équipes	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Projet de soins	OUI			
Protocoles médicaux mis en place	OUI			
Présence d'un défibrillateur	OUI			
Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP	NC			
Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge	Oui pour le dépistage de droit commun et la nutrition		Pas de programme d'action spécifique mais des actions d'éducation thérapeutique à structurer	
Livret thérapeutique en place	OUI		Refonte permanente pour tenir compte du vieillissement du polyhandicap, des évolutions de la règlementation sanitaire	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Chirurgien dentiste sur place		
Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies	OUI	Cf annexe « volet médical »	Développement des « formations flash »	

Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	• PUI et DJIN Robotisée • Audit du circuit du médicament régulier • Analyse des fiches d'évènements indésirables • Formation des professionnels AS pour l'aide à l'administration • Présence IDE 7h00 – 21h00 • Intervention du pool IDE de nuit pour les « si besoin » avec validation préalable du médecin d'astreinte pour certains médicaments • Procédure spécifique pour l'administration dans chaque ESMS. Révisions régulière de la procédure d'administration pour prévenir le risque d'erreur lié à la perte d'autonomie des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement

3.3. FAM LA FAMILLE

3.3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Il est rappelé que vous devez saisir les données tableaux de bord de la performance pour chaque établissement ou service.

Par ailleurs, les éléments saisis doivent être impérativement fiabilisés.

En effet, des extractions « des données tableau de bord » sont réalisées pour un certain nombre d'études, comparaisons, et analyses. Les données du tableau de bord sont un véritable outil permettant de procéder à des moyennes départementales, régionales et nationales. Il sert également à comparer certains indicateurs permettant à chacun de se situer au regard des autres structures.

(Cf annexe : ANAP 2017 FAM LA FAMILLE)

3.3.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS FAM LA FAMILLE	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie du risque de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	
Axe n°2 : Ressources humaines	Equipe pluridisciplinaire	Qualification au regard du vieillissement et du virage inclusif	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.3.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.3.3.1. ACTIVITE - ETABLISSEMENT FAM LA FAMILLE

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Internat	Semi-internat	Externat	Accueil de jour	Accueil Temporaire	TOTAL
Journées théoriques *(capacité x durée d'ouverture)*	11 680				730	12 410
Journées réalisées	11 161				462	11 623
Taux d'occupation	96%				64%	94%

	Journées d'ouvertures	Actes	Séances	Files actives
CMPP nombre de séance, files actives				
SESSAD : à définir avec le service ou à compléter en fonction des indicateurs				

	Journées d'ouvertures	Files actives	RDV programmés dans l'année pour les enfants de la file active
CAMSP : File active (un enfant reçu une fois dans l'année est comptabilisé une seule fois)			

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

Constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation.

Le site de la Vallée de la Dordogne est régulièrement sollicité pour l'accueil de personnes en situation complexe et ce depuis sa création (« Accueillir ceux que tous repoussent ») qu'elles soient passées par le dispositif RAPT ou pas.

Le recrutement est prioritairement départemental et régional exceptionnellement national.
Des réunions régulières sont mises en place avec la référente « situation complexe » et le médecin de la MDPH24 (idem avec le département 33)

Le travail collaboratif en amont de la construction d'un PAG ou après la première réunion du groupe opérationnel de synthèse (GOS) s'effectue selon différentes modalités :

- Visite sur le lieu de vie ou d'accueil de la personne par l'équipe mobile de l'ESAP qui selon la situation peut intégrer aussi des professionnels d'un ESMS susceptible d'accueillir la personne.
- Visite au sein de structure hospitalière (CH Vauclaire , CH de Cadillac notamment USIP)
- Accueil en hébergement temporaire avec ou sans évaluation en HDJ
- Accueil en préalable en unité sanitaire pour évaluation
- Evaluation à domicile et proposition de réorientation à la MDPH

Votre structure a-t-elle reçu une autorisation de dérogation pour une ou plusieurs prises en charge supplémentaire au regard de votre agrément ? (préciser nombre d'enfants ou d'adultes, âge, profil de handicap et situation particulière).
NON

Prise en charge de personnes relevant de l'amendement Creton : préciser le nombre de personnes concernées en année N et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet.
NON CONCERNES

Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée / existence d'un plan de transport (MAS/FAM)		Organisation interne : - Activités - Consultations internes - Consultations externes (Cf annexe : :navette) Sauf pour personne polyhandicapées agrément ambulancier	
Pour les ESAT : financement des frais de transports sur le budget commercial ou social			
Pour les ESAT : quote-part financée par les travailleurs handicapés			
Origine des personnes prises en charge (répartition par département)			
A RENSEIGNER SI CE POSTE REPRESENTE UNE PROBLEMATIQUE IMORTANTE Répartition des personnes selon la distance domicile/ESMS : [0- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes *Fourchettes à adapter selon l'ESMS*			
Coût			

3.3.3.2. RESSOURCES HUMAINES - ETABLISSEMENT FAM LA FAMILLE

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 SOINS	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement					
Administration/Gestion					
Services généraux					
Agent d'entretien					
Restauration : cuisinier					
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale AES AS	 2 8	 2 8			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Infirmier Psy Orthophoniste	 1 4 1	 0.30 4 1			
Médical : Médecin Généraliste Médecin Psychiatre	 1 1	 0.30 0.30			
Autre fonction Masseur Kiné	 1	 0.15			
TOTAL	**19**	**16.05**			

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017 HBT	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	1	0.5			
Administration/Gestion	2	1.50			
Services généraux					
ASH Agent d'entretien	4 1	4 0.36			
Restauration : cuisinier	3	3			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale AES	 3 1 1	 3 0.10 1			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste					
Médical : Médecin					
Autre fonction (à préciser)					
TOTAL	**16**	**13.46**			

PERSONNEL SALARIÉ CA Hébergement+soin	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	**1**	**0.50**			
Administration/Gestion	**2**	**1.50**			
Services généraux					
ASH Agent d'entretien	**4** 1	**4** **0.36**			
Restauration : cuisinier	3	3			
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale AES AS	 3 1 3 8	 3 0.10 3 8			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Infirmier Psy Orthophoniste	 1 4 1	 0.30 4 1			
Médical : Médecin Généraliste Médecin Psychiatre	 1 1	 0.30 0.30			
Autre fonction Masseur Kiné	 1	 0.15			
TOTAL	**35**	**29.51**	**0,87**		

3.3.3.3. Eléments budgétaires et financiers - Etablissement FAM LA FAMILLE

Résultats à affecter : FAM FAMILLE SOINS	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	**1 048 800**	1 002 011	1 014 186
Dépenses	**1 056 452**	997 629	1 012 855
Net	**-7 651**	4 382	1 331
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*			
Résultat à affecter	**-7 651**	4 382	1 331

Résultats à affecter : FAM FAMILLE HBT	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	**1 350 582**	1 314 039	1 307 546
Dépenses	**1 338 432**	1 333 867	1 294 088
Net	**12 151**	-19 827	13 458
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	**12 071**	18 355	
Résultat à affecter	**24 222**	-1 472	13 458

Résultats à affecter : FAM FAMILLE GLOBAL	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	**2 399 382**	2 316 050	2 321 732
Dépenses	**2 394 884**	2 331 495	2 306 943
Net	**4 499**	-15 445	14 789
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	**12 071**	18 355	

Résultat à affecter		16 570	2 910	14 789
AFFECTATION DES RESULTATS				
Année 2017	Résultat 2017 à affecter = 9 808 ,16 en réserve de compensation selon proposition CA FJB			
Année 2016	Résultat 2016 à affecter = 2 327.36 en réserve de compensation selon proposition CA FJB			
Année 2015	12 071 en atténuation des charges 2017 12 070,99 en réserve de compensation			

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du dernier bilan financier (cf annexe : FAM LA FAMILLE BILAN FINANCIER)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non / OUI
Durée : 5 ans
Période du 01/01/2015. Au 31/12/2019

Objet du PPI : Reconstruction, réhabilitation...
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.) (cf annexe : LA FAMILLE -PPI ACCORDE)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

FAM LA FAMILLE CA 2017	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	29 019.27
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	165 979.42
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	
TOTAL	194 998.69

Projets d'investissement

Locataire / propriétaire ? Proriétaire

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

Réflexion en cours dans le cadre de la restructuration du SVD (transfert Bordeaux-Talence)
Prise en compte du vieillissement et du virage inclusif

3.3.3.4. DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES - ETABLISSEMENT FAM LA FAMILLE

Cette partie est à renseigner en lien avec les évaluations internes et/ou externes.
(cf annexes : « eval interne FAM La Famille » & « Rapport évaluation externe FAM La Famille »)

ESMS FAM LA FAMILLE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Projet d'établissement	**OUI**		En attente de validation par les instances	
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**	La direction du site à mis en place en plus des CVS des établissements, un CVS central		
Règlement de fonctionnement	**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	Une cartographie des risques de maltraitance a été diffusée et est travaillée dans chaque ESMS. Des grilles de prévention sont mise en place pour réduire les risques de troubles du comportement	Démarche qui doit être continue Travail d'accompagnement des professionnels de nuit à mettre en place	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail permanent pour identifier les souhaits ou les gouts des personnes non communicantes et déficiente intellectuelle	Meilleure association des résident à tous les moments de construction avec l'outil baromètre Travail à développer avec les familles lorsqu'elles sont présentes.	
Accès aux actions de prévention et aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	De nombreux partenariats existent. Création d'un centre de santé spécialisé handicap	Accentuer la connaissance des particularités du public accompagné par la FJB auprès des partenaires	

Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*	OUI	Outil « Baromètre » Laboratoire autonomie communication Activités mutualisées autour d'ateliers : -travaux manuels et ouvrages - pole intellectuel et communication - plein air, ferme pédagogique et équithérapie -... Association de sport adapté et parcours sport & santé		
Evènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables *(fugues, chutes, erreur médicamenteuse...)* et de signalement de cas de maltraitance	OUI	Une procédure, et des fiches d'évènements indésirables existent	L'informatisation en cours devrait permettre une meilleure gestion et analyse des évènements	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RBP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI travail permanent		Revoir les méthodes de diffusion et de travail autour des RBPP du fait de l'appropriation hétérogène par les équipes	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Projet de soins	OUI			
Protocoles médicaux mis en place	OUI			
Présence d'un défibrillateur	OUI			
Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP	NC			
Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge	Oui pour le dépistage de droit commun et la nutrition		Pas de programme d'action spécifique mais des actions d'éducation thérapeutique à structurer	
Livret thérapeutique en place	OUI		Refonte permanente pour tenir compte du vieillissement du polyhandicap, des évolutions de la règlementation sanitaire	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Chirurgien dentiste sur place		
Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies	OUI	Cf annexe « volet médical »	Développement des « formations flash »	

Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	• PUI et DJIN Robotisée • Audit du circuit du médicament régulier • Analyse des fiches d'évènements indésirables • Formation des professionnels AS pour l'aide à l'administration • Présence IDE 7h00 – 21h00 • Intervention du pool IDE de nuit pour les « si besoin » avec validation préalable du médecin d'astreinte pour certains médicaments • Procédure spécifique pour l'administration dans chaque ESMS. Révisions régulière de la procédure d'administration pour prévenir le risque d'erreur lié à la perte d'autonomie des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement

3.4. MAS

3.4.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Il est rappelé que vous devez saisir les données tableaux de bord de la performance pour chaque établissement ou service.

Par ailleurs, les éléments saisis doivent être impérativement fiabilisés.

En effet, des extractions « des données tableau de bord » sont réalisées pour un certain nombre d'études, comparaisons, et analyses. Les données du tableau de bord sont un véritable outil permettant de procéder à des moyennes départementales, régionales et nationales. Il sert également à comparer certains indicateurs permettant à chacun de se situer au regard des autres structures.

(Cf annexe : ANAP 2017 MAS)

3.4.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS MAS	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie du risque de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	
Axe n°2 : Ressources humaines	Equipe pluridisciplinaire	Qualification au regard du vieillissement et du virage inclusif	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.4.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.4.3.1. ACTIVITE - ETABLISSEMENT MAS

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Internat	Semi-internat	Externat	Accueil de jour	Accueil Temporaire	TOTAL
Journées théoriques *(capacité x durée d'ouverture)*	47450					47450
Journées réalisées	41931					41931
Taux d'occupation	88,37%					88,37 %

	Journées d'ouvertures	Actes	Séances	Files actives
CMPP nombre de séance, files actives				
SESSAD : à définir avec le service ou à compléter en fonction des indicateurs				

	Journées d'ouvertures	Files actives	RDV programmés dans l'année pour les enfants de la file active
CAMSP : File active (un enfant reçu une fois dans l'année est comptabilisé une seule fois)			

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

Constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation.

Le site de la Vallée de la Dordogne est régulièrement sollicité pour l'accueil de personnes en situation complexe et ce depuis sa création (« Accueillir ceux que tous repoussent ») qu'elles soient passées par le dispositif RAPT ou pas.

Le recrutement est prioritairement départemental et régional exceptionnellement national.
Des réunions régulières sont mises en place avec la référente « situation complexe » et le médecin de la MDPH24 (idem avec le département 33)

Le travail collaboratif en amont de la construction d'un PAG ou après la première réunion du groupe opérationnel de synthèse (GOS) s'effectue selon différentes modalités :

- Visite sur le lieu de vie ou d'accueil de la personne par l'équipe mobile de l'ESAP qui selon la situation peut intégrer aussi des professionnels d'un ESMS susceptible d'accueillir la personne.
- Visite au sein de structure hospitalière (CH Vauclaire , CH de Cadillac notamment USIP)
- Accueil en hébergement temporaire avec ou sans évaluation en HDJ
- Accueil en préalable en unité sanitaire pour évaluation
- Evaluation à domicile et proposition de réorientation à la MDPH

Votre structure a-t-elle reçu une autorisation de dérogation pour une ou plusieurs prises en charge supplémentaire au regard de votre agrément ? (préciser nombre d'enfants ou d'adultes, âge, profil de handicap et situation particulière).
NON

Prise en charge de personnes relevant de l'amendement Creton : préciser le nombre de personnes concernées en année N et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet.
NON CONCERNES

Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée / existence d'un plan de transport (MAS/FAM)		Organisation interne : - Activités - Consultations internes - Consultations externes (Cf annexe : :navette) Sauf pour personne polyhandicapées agrément ambulancier	
Pour les ESAT : financement des frais de transports sur le budget commercial ou social			
Pour les ESAT : quote-part financée par les travailleurs handicapés			
Origine des personnes prises en charge (répartition par département)			
A RENSEIGNER SI CE POSTE REPRESENTE UNE PROBLEMATIQUE IMORTANTE Répartition des personnes selon la distance domicile/ESMS : [0- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes *Fourchettes à adapter selon l'ESMS*			
Coût			

3.4.3.2. RESSOURCES HUMAINES - ETABLISSEMENT MAS

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	10	6,24			
Administration/Gestion	3	2			
Services généraux	37	17,09			
Agent d'entretien					
Restauration : cuisinier					
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	285	106.74			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste					
Médical : Médecin	5	1.42			
Autre fonction (à préciser)					
TOTAL	340	133,49	**1,02**		

3.4.3.3. ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS - ETABLISSEMENT MAS

Résultats à affecter : ESMS MAS	Année 2017	Année 2016	Année 2015
Recettes	10 445 046	10 076 308	10 080 397
Dépenses	10 269 346	10 228 537	10 237 785
Net	175 700	-152 229	-157 389
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	-157 389	-2 340	
Résultat à affecter	18 311	-154 569	-157 389

AFFECTATION DES RESULTATS	
Année 2017	Compte administratif 2017 du 28 janvier 2019 : résultat à affecter = 18 310,97 €
Année 2016	Compte administratif 2016 du 24 avril 2018 : résultat à affecter = -91 870,37 €
Année 2015	Reprise de résultat déficitaire= 157 388,79€

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du dernier bilan financier (cf annexe : MAS BILAN FINANCIER)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non : **non**
Durée : ..... ans
Période du ..../..../.... Au ..../..../....

Objet du PPI : Reconstruction, réhabilitation...
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS MAS	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	38 769,61
Provisions pour risques et charges	72 100
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	538 139
TOTAL	649 008,61

Projets d'investissement

Locataire / propriétaire ? Propriétaire

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

Réflexion en cours dans le cadre de la restructuration du SVD (transfert Bordeaux-Talence)
Prise en compte du vieillissement et du virage inclusif

3.4.3.4. DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES - ETABLISSEMENT MAS

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

(cf annexes : « eval interne MAS SVD » & « Rapport évaluation externe MAS SVD » & « synthese eval externe MAS SVD »)

ESMS MAS	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Projet d'établissement	**OUI**		En attente de validation par les instances	
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**	La direction du site à mis en place en plus des CVS des établissements, un CVS central		
Règlement de fonctionnement	**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	Une cartographie des risques de maltraitance a été diffusée et est travaillée dans chaque ESMS. Des grilles de prévention sont mise en place pour réduire les risques de troubles du comportement	Démarche qui doit être continue Travail d'accompagnement des professionnels de nuit à mettre en place	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail permanent pour identifier les souhaits ou les gouts des personnes non communicantes et déficiente intellectuelle	Meilleure association des résident à tous les moments de construction avec l'outil baromètre Travail à développer avec les familles lorsqu'elles sont présentes.	
Accès aux actions de prévention et aux soins et	OUI	De nombreux	Accentuer la	

liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux		partenariats existent. Création d'un centre de santé spécialisé handicap	connaissance des particularités du public accompagné par la FJB auprès des partenaires	
Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*	OUI	Outil « Baromètre » Laboratoire autonomie communication Activités mutualisées autour d'ateliers : -travaux manuels et ouvrages - pole intellectuel et communication - plein air, ferme pédagogique et équithérapie -... Association de sport adapté et parcours sport & santé		
Evènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables *(fugues, chutes, erreur médicamenteuse...)* et de signalement de cas de maltraitance	OUI	Une procédure, et des fiches d'évènements indésirables existent	L'informatisation en cours devrait permettre une meilleure gestion et analyse des évènements	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RBP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI travail permanent		Revoir les méthodes de diffusion et de travail autour des RBPP du fait de l'appropriation hétérogène par les équipes	
VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Projet de soins	OUI-			
Protocoles médicaux mis en place	OUI			
Présence d'un défibrillateur	OUI			
Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP	NA			
Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge	Oui pour le dépistage de droit commun et la nutrition		Pas de programme d'action spécifique mais des actions qui mériteraient d'être plus structurées	
Livret thérapeutique en place	OUI		Refonte permanente pour tenir compte du vieillissement du	

			polyhandicap, des évolutions de la, règlementation sanitaire	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI			
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Chirurgien dentiste sur place		
Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies	OUI	Cf annexe « volet médical »	Renfort pour la MAS accueillant du polyhandicap de l'effectif IDE du fait des épilepsies resistantes pour couvrir les nuits Développement des « formations flash »	

Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	• PUI et DJIN Robotisée • Audit du circuit du médicament régulier • Analyse des fiches d'évènements indésirables • Formation des professionnels AS pour l'aide à l'administration • Présence IDE 7h00 – 21h00 • Intervention du pool IDE de nuit pour les « si besoin » avec validation préalable du médecin d'astreinte pour certains médicaments • Procédure spécifique pour l'administration dans chaque ESMS. Révisions régulière de la procédure d'administration pour prévenir le risque d'erreur lié à la perte d'autonomie des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement

3.5. MAS HR

3.5.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Il est rappelé que vous devez saisir les données tableaux de bord de la performance pour chaque établissement ou service.

Par ailleurs, les éléments saisis doivent être impérativement fiabilisés.

En effet, des extractions « des données tableau de bord » sont réalisées pour un certain nombre d'études, comparaisons, et analyses. Les données du tableau de bord sont un véritable outil permettant de procéder à des moyennes départementales, régionales et nationales. Il sert également à comparer certains indicateurs permettant à chacun de se situer au regard des autres structures.

(Cf annexe : ANAP 2017 MAS HR)

3.5.2. ANALYSE DES DONNEES DU TABLEAU DE BORD

ESMS MAS HR	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie du risque de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	
Axe n°2 : Ressources humaines	Equipe pluridisciplinaire	Qualification au regard du vieillissement et du virage inclusif	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.5.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.5.3.1. ACTIVITE - ETABLISSEMENT OU SERVICE MAS HR

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Internat	Semi-internat	Externat	Accueil de jour	Accueil Temporaire	TOTAL
Journées théoriques *(capacité x durée d'ouverture)*	14 600					14 600
Journées réalisées	14 232					14 232
Taux d'occupation	98%					98%

	Journées d'ouvertures	Actes	Séances	Files actives
CMPP nombre de séance, files actives				
SESSAD : à définir avec le service ou à compléter en fonction des indicateurs				

	Journées d'ouvertures	Files actives	RDV programmés dans l'année pour les enfants de la file active
CAMSP : File active (un enfant reçu une fois dans l'année est comptabilisé une seule fois)			

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

Constats majeurs réalisés sur le territoire en termes de besoin :

Préciser si l'établissement a été sollicité par une prise en charge de personnes handicapées en attente de place et en situation complexe ? Si oui, expliquer le contexte, et les solutions apportées à la situation.

Le site de la Vallée de la Dordogne est régulièrement sollicité pour l'accueil de personnes en situation complexe et ce depuis sa création (« Accueillir ceux que tous repoussent ») qu'elles soient passées par le dispositif RAPT ou pas.

Le recrutement est prioritairement départemental et régional exceptionnellement national.
Des réunions régulières sont mises en place avec la référente « situation complexe » et le médecin de la MDPH24 (idem avec le département 33)

Le travail collaboratif en amont de la construction d'un PAG ou après la première réunion du groupe opérationnel de synthèse (GOS) s'effectue selon différentes modalités :

- Visite sur le lieu de vie ou d'accueil de la personne par l'équipe mobile de l'ESAP qui selon la situation peut intégrer aussi des professionnels d'un ESMS susceptible d'accueillir la personne.
- Visite au sein de structure hospitalière (CH Vauclaire , CH de Cadillac notamment USIP)
- Accueil en hébergement temporaire avec ou sans évaluation en HDJ
- Accueil en préalable en unité sanitaire pour évaluation
- Evaluation à domicile et proposition de réorientation à la MDPH

Votre structure a-t-elle reçu une autorisation de dérogation pour une ou plusieurs prises en charge supplémentaire au regard de votre agrément ? (préciser nombre d'enfants ou d'adultes, âge, profil de handicap et situation particulière).
NON

Prise en charge de personnes relevant de l'amendement Creton : préciser le nombre de personnes concernées en année N et leur orientation, éventuellement les perspectives pour les années futures, les difficultés à ce sujet.
NON CONCERNES

Point sur les modalités de transport des usagers l'année de signature du CPOM (plan de transport existant, problématiques actuelles, coût) :

Modalités d'organisation des transports	N-2	N-1	Problématiques
Activité assurée en interne ou externalisée / existence d'un plan de transport (MAS/FAM)		Organisation interne : - Activités - Consultations internes - Consultations externes (Cf annexe : :navette) Sauf pour personne polyhandicapées agrément ambulancier	
Pour les ESAT : financement des frais de transports sur le budget commercial ou social			
Pour les ESAT : quote-part financée par les travailleurs handicapés			
Origine des personnes prises en charge (répartition par département)			
A RENSEIGNER SI CE POSTE REPRESENTE UNE PROBLEMATIQUE IMORTANTE Répartition des personnes selon la distance domicile/ESMS : [0- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes [X- X kms] =X personnes *Fourchettes à adapter selon l'ESMS*			
Coût			

3.5.3.2. RESSOURCES HUMAINES - ETABLISSEMENT MAS HR

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nombre d'agents physiques	Nb ETP	Taux d'encadrement = ETP/Capacité	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/encadrement	**2**	**1.50**			
Administration/Gestion	**2**	**1.00**			
Services généraux	7	6.00			
Agent d'entretien					
Restauration : cuisinier					
Socio-éducatif : Educateur spécialisé Moniteur Educateur Assistante Sociale	**48**	**37.89**			
Paramédical : Psychologue Psychomotricien Infirmier Orthophoniste	10	7.75			
Médical : Médecin	2	0.40			
Autre fonction (à préciser)					
TOTAL	**71**	**54.54**	**1,36**		

3.5.3.3. ELEMENTS BUDGETAIRES ET FINANCIERS - ETABLISSEMENT MAS HR

Résultats à affecter : ESMS MAS HR	**Année 2017**	**Année 2016**	**Année 2015**
Recettes	3 879 191	3 938 465	3 751 079
Dépenses	3 921 682	3 952 214	3 822 856
Net	-42 491	-13 749	-71 777
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	-27 733	-167 318	
Résultat à affecter	-70 224	-181 067	-71 777

AFFECTATION DES RESULTATS	
Année 2017	70 224,24 € porté en déficit pour l'année 2017 (compte administratif 2017 du 28 janvier 2019)
Année 2016	Résultat à affecter = -112 707 ,84 en RAN déficitaire = 167 318 €
Année 2015	Résultat 2015 à affecter = -27 733,10 € en RAN déficitaire sur CA 2017

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du dernier bilan financier (cf annexe : MASHR BILAN FINANCIER)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non : **Non**
Durée : ..... ans
Période du ..../..../.... Au ..../..../....

Objet du PPI : Reconstruction, réhabilitation...
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS MAS HR	
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	170 422
TOTAL	170 422

Projets d'investissement

Locataire / propriétaire ? Propriétaire

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

Réflexion en cours dans le cadre de la restructuration du SVD (transfert Bordeaux-Talence)
Prise en compte du vieillissement et du virage inclusif

3.5.3.4. DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES - ETABLISSEMENT MAS HR

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

Evaluation interne programmée pour 2021

ESMS MAS HR	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
LES OUTILS DE LA LOI 2002-2				
Projet d'établissement				
Livret d'accueil				
La charte des droits et libertés de la personne accueillie				
Contrat de séjour				
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition				
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation				
Règlement de fonctionnement				
PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement				
Projet d'accompagnement personnalisé				
Accès aux actions de prévention et aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux				
Actions mises en place pour la promotion de la qualité de vie et du bien-être *(intégration dans le milieu ordinaire, accès aux loisirs et à la citoyenneté, information et accompagnement des familles...)*				
Evènements indésirables : mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables				

(fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance				
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité				
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RBP) par l'ensemble du personnel de l'établissement				

VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE				
Projet de soins				
Protocoles médicaux mis en place				
Présence d'un défibrillateur				
Mode d'accompagnement psychiatrique en place dans les ITEP				
Education pour la santé, place de la prévention dans la prise en charge				
Livret thérapeutique en place				
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins				
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires				
Place des infirmiers et des médecins dans la prise en charge globale des personnes accueillies				

Circuit du médicament

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - L'administration des médicaments - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- *Régulation de l'offre à partir de l'identification de besoins précis (projection sur les diminutions, augmentations de capacité, redéploiements en T0 (N) à T5 (N+5).*

Dans le cadre du rééquilibrage régional et interdépartemental, du fait du sur-équipement de MAS en Dordogne transfert de 20lits sur le site de Talence (cf Schéma départemental et Régional)

- *Mutualisation des moyens entre les différents ESMS dans le cadre de l'efficience et de la rationalisation des coûts.*

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
61522100-PRESTATION SERVICE TRAVAUX ET SECURITE	**195 162**
Interventions du service travaux de la Fondation John Bost	
Le service travaux est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans les domaines de conservation et d'entretien des bâtiments des différents établissements et services. Ses missions sont d'assurer : -L'entretien et la maintenance préventive et curative des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux), -L'entretien et l'exploitation règlementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberies sanitaires, -Les astreintes 24H/24, techniques et de chauffage, -La gestion du risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée, -Le maintien à jour les registres de sécurité, dossiers techniques amiante, carnets sanitaires, -Le suivi des opérations règlementaires de lutte contre la légionnelle -Le fonctionnement de la chaufferie centrale qui dessert tous les établissements du "plateau de la Force" -Le transport des résidents qui bénéficient de prestations de soin, d'animation et de participation sociale sur le "plateau de La Force".	
62884010 PRESTATION RELATIONS HUMAINES	**199 500**
Il est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans le domaine des ressources humaines. Ses missions sont d'assurer : -Le respect et la bonne application de la législation du travail, de la convention collective, des accords d'entreprises et des notes internes du domaine social. -Les recrutements et la gestion du pool des remplacements. -La production des contrats de travail des salariés du SVD et des déclarations liées. -L'administration et la paie du personnel du site. -La gestion de la carrière des professionnels du SVD -L'audit et le conseil juridique sur un premier niveau -La gestion et le suivi du plan de formation du site. -Le dossier santé au travail et gestion des risques professionnels	
62884020- PRESTATION FINANCIERE	**172 000**
Le service financier SVD doit assurer la production ou l'aide à la production des budgets, des comptes généraux et analytiques dans le respect des règles, de la loi et de la déontologie en lien avec le service financier transversal. Le service financier SVD a aussi une mission de conseil auprès de la direction de site, des directions d'établissement, des services mutualisés du SVD. Il assure aussi un service de comptabilité et d'aide à la gestion de l'argent de poche des résidents. Activités comptables et budgétaires : -La préparation et les présentation des budgets et leur globalisation : préparation de la partie financière des rapports budgétaires, des comptes administratifs, des tableaux de bord de la performance ANAP. -L'élaboration des comptes annuels de l'ensemble des activités du site de la Vallée de la Dordogne : . le suivi de l'enregistrement comptable et du règlement des factures fournisseurs . le suivi de l'enregistrement comptable des factures internes Blanchisserie, Cuisine, Médical, etc. . la facturation des séjours . le suivi du recouvrement des frais de séjour . le suivi financier des investissements immobiliers . le suivi financier du plan de formation	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884030 PRESTATION LOGISTIQUE	**88 600**
Le service logistique a pour objectif d'approvisionner les établissements, la cuisine centrale et la blanchisserie en biens consommables et investissements matériels et d'assurer l'application des contrats d'entretien et de maintenance , suivant les marchés contractualisés par le service achats transversal, pour le site de la vallée de la Dordogne. **Gestion des flux entrants et sortants :** -Gestion des commandes fournisseurs selon les besoins des services et établissements -Réception des commandes au magasin du site de la vallée de la Dordogne (contrôle produits, DLC, numéro de lot) -Gestion des stocks disponibles au magasin -Livraisons auprès des pavillons et services du site de la vallée de la Dordogne : commandes de services (produits alimentaires secs, boissons et produits d'hygiène) chaque semaine et mobiliers ponctuellement -Gestion des commandes comptoirs (commandes directes au magasin, en cas d'urgence) **Gestion des livraisons repas (préparés par la cuisine centrale) en liaison chaude :** -Livraison et ramassage des chariots repas midi et soir chaque jour **Gestion de l'application des contrats de maintenance et d'entretien :** -Coordination des interventions techniques (nuisibles, hygiène, contrôle conformité des dispositifs médicaux) **Gestion et suivi de la maintenance des dispositifs médicaux en collaboration avec le service technique :** -Sauvegarde des rapports d'intervention -Demande de devis de réparation (prestataire externe) -Gestion du « parc » et des transferts éventuels des dispositifs médicaux au sein du site de la vallée de la Dordogne **Gestion des facturations fournisseurs :** -validation des factures, traitement des litiges **Gestion des inventaires** (inventaires tournants mensuels et inventaires annuels) et clôtures des stocks fin de mois et annuel (calcul du PMP, mise à jour statistiques) **Gestion et application des réglementations liées au transport** (tachygraphe, PL et bus). Le service logistique est référant du module « stock et commandes » du logiciel X3, propose des formations d'utilisation aux nouveaux arrivants	
62884040- DIRECTION DE SITE	**246 600**
-Direction de site : la direction du SVD décline la stratégie de la direction générale et a une mission de coordination entre les différents établissements et service du site de la vallée de la Dordogne. -Accueil, standard.	
62884050- AUTRES FRAIS COMMUNS MUTUALISES SVD	**62 800**
Autres frais communs bénéficiant à l'ensemble des établissements, Ils comprennent : -l'espace interpavillonnaire (espaces verts, parkings, réseaux et voiries, éclairages) -la station pompage "Le Touron" -la salle de réunion de site "Agora" -les honoraires de commissariat aux comptes -les cotisations (Fehap, Uriopps) -le coût des remplacements du personnel élu SVD -l'affranchissement, le téléphone -les véhicules de prêt	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884050- PRESTATION MEDICO-TECHNIQUE La prestation médico technique comprend les moyens matériels bénéficiant aux médecins affectés à plusieurs établissements. Cela inclut : -les bâtiments (bureaux) -l'informatique -les voitures -le téléphone Cela inclut aussi du petit matériel médical mutualisé, bénéficiant à l'ensemble des établissements.	53 600
62884060- CHAUFFERIE La chaufferie centrale alimente tout le plateau technique de LA FORCE en réseau de chaleur. Le coût comprend : -le bâtiment, -les installations techniques, -les dépenses d'entretien (chaufferie centrale et réseaux de chaleur inter pavillonnaires) -les contrats d'entretien	59 200
62884060- STAGIAIRES Avec l'aide des professionnels, Accompagnement des résidents par des volontaires lors des différentes activités auxquelles ils souhaitent participer.	61 800
62884060- ANIMATION Espaces de rencontre et d'expression pour : -favoriser l'émergence des capacités de chacun, -ouvrir sur le corporel et le sensoriel, -lutter contre l'exclusion ; 4 animateurs	66 700
	1 205 962

REEQUILIBRAGE ENVISAGÉ DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Etablissements	Nombre places début CPOM	Variations sur la durée du CPOM	Nombre places fin CPOM
FAM La famille	**34**	Réflexion sur un rééquilibrage de l'offre médico-sociale au vu du vieillissement et des nouveaux publics dans le cadre du virage inclusif	143
FAM Château Rivière	**28**		
FAM Siloe Bethel	**81**		
MAS HR	**40**		40
MAS 24	**130**	Transfert 20 lits Bordeaux-Talence Reconnaissance d'une MAS : - Polyhandicapés - Autistes et déficients intellectuels profonds - Psychotiques vieillissants	110
TOTAL	313		293
Poids des services au regard de l'offre global			

5. INTEGRATION DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Etat des lieux des objectifs issus des orientations stratégiques déjà réalisées dans les ESMS

Axes 1 à 4	Actions réalisées	Commentaires
<u>Axe 1 :</u> garantir l'accompagnement favorisant l'inclusion (virage inclusif)	Partenariats GEM BAROMETRE Développement des évaluations fonctionnelles pour identifier capacités et potentiels	L'inclusion pour certains publics c'est aussi de faire venir le dehors dedans (personnes très dépendantes , avec déficience profonde par ex) Ainsi de nombreuses actions culturelles et sportives sont déployées en interne accueillant du public extérieur: action cirque, sport adapté, carnaval, fête FJB, animaux de la ferme écoles, expositions, chorale, ... Véhicule et logements mis gracieusement à la disposition des familles Proposition de créer des appartements de transition à partir des agréments actuels
<u>Axe 2 :</u> favoriser une approche populationnelle par type de handicap	ESMS développant déjà cette approche (architecture , formation des professionnels)	Actions à poursuivre : - du fait du vieillissement de la population accueillie. - du fait de l'analyse des troubles du comportement de certains autistes dont on perçoit les limites de la vie collective y compris en petites unités
<u>Axe 3 :</u> contribuer à la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous »	Déjà actif Participation à la recherche de solutions et aux différents travaux sur ce sujet	Point à articuler avec les missions de l'ESAP , de l'équipe mobile , du centre de santé , du soutien possible à certains ESMS dans le cadre d'évaluations spécifiques. Proposition de mise en place avec les acteurs du territoire d'une coordination départementale
<u>Axe 4 :</u> maintenir une gestion performante et un management de qualité	Mutualisation des moyens Politique QVT (cf annexe : « apport de la politique de santé ») Appropriation, principes et repères GAMMES EPP en lien avec causes AT	

Fondation John BOST

DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

FONDATION JOHN BOST – EHPAD TIBERIADE

SOMMAIRE

FONDATION JOHN BOST – EHPAD TIBERIADE 1

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM 3

2. ELEMENTS TRANSVERSAUX 3

2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE 3

2.1.1. Mutualisation 3

Une mutualisation de services et productions du site de la Vallée de la Dordogne est présenté en 2.2.4 . 6

2.1.2. Situation financière du gestionnaire 6

2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM 7

2.2.1. Evaluations internes et externes 7

2.2.2. Coopérations et conventions 11

2.2.3. Politique des ressources humaines 13

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS 14

2.2.5. Innovations en santé 19

3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS 20

3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE 20

3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) 20

3.1.2. Analyse des données du tableau de bord 22

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES 23

3.2.1. Activité - EHPAD Tibériade 23

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Tibériade 23

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Tibériade 25

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD TIBERIADE 27

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD Tibériade 29

4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE 31

1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut public/privé	Capacités autorisées à la date d'effet du CPOM	Capacités installées à la date d'effet du CPOM	Dotation Globalisée Commune
	EHPAD TIBERIADE	privé	86	86	
TOTAL			**86**	**86**	

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 : siège social

La Fondation John Bost dispose d'un siège social sis à la Force Dordogne.

Il n'existe pas de frais de siège : pour accompagner l'ensemble de ses établissements et services sur le territoire national, la Fondation dispose d'une architecture organisationnelle mutualisée composée de la direction générale et de fonctions supports.
Les prestations des services mutualisés sont facturées aux établissements au réel

Pour les établissements médico-sociaux du site de la Vallée de la Dordogne la mutualisation effective s'effectue à deux niveaux :

- Mutualisation des services transversaux, sur le plan national (cf annexe : Missions services transversaux).

Tableau des montants correspondant au financement médico-social dans son intégralité

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
61522100-PRESTATION IMMEUBLES ET DE LA SECURITE	**23 538**
Entretien des bâtiments	**4 000**
-Etude, planification et suivi des travaux d'entretien du bâtiment, de type préventif ou curatif. -Supervision gestion des contrôles règlementaires concernant le bâti, les risques sanitaires (eau, amiante, plomb, radon etc...). -Supervision gestion des carnets sanitaires et des registres de sécurité. -Supervision gérer le risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie, et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée. -Assistance lors des audits externes et les commissions de sécurité.	
Contrats d'entretien	**10 000**
-Etude, suivi et gestion des contrats d'entretien des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux). -Assurer l'exploitation règlementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberie sanitaire. -Mise en place des astreintes techniques et de chauffage au travers de conventions adaptées pour assurer le maintien 24/24 des installations	
Gros travaux	**9 538**
-Production du Plan d'Investissement. -Suivi des travaux d'entretien de l'existant et de sécurité. -Prestations de coordination de sécurité et de protection de la santé (missions SPS) pour toutes interventions par des prestataires extérieures intervenant en site occupé. -Gestion des garanties légales (bon fonctionnement, décennale), des sinistres et des contentieux liés aux travaux. -Veille règlementaire.	
62840000-PRESTATION INFORMATIQUE ET TELECOMS	**77 548**
Coût du matériel configuré, licences d'exploitation, suite bureautique, des connexions fiables et sécurisées, disponibilité, supports antivirus, pare-feu, anti spam, stockage, sauvegarde/plan de reprise des données, assistance 24H/24 7J/7.	
62884000-PRESTATION SYSTÈME D'INFORMATION	**46 300**
DPRI Hopital Manager	**36 700**
Dossier informatisé administratif et médical du patient, de facturation, de suivi des encaissements, interface avec la comptabilité. Le coût comprenant le coût du progiciel, la maintenance, les évolutions.	
droits utilisateurs	**9 600**
Création des comptes et droits d'accès des utilisateurs sur le réseau Fondation. Assistance et animation sur les différents progiciels.	
62884010 PRESTATION RELATIONS HUMAINES & QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	**67 500**
-Le coût des logiciels de paie Sage HRM et de gestion des plannings et des absences Octime, la maintenance et le développement. -Le calcul de la paie : contrôle des variables, validation de la paie, contrôle bulletin entrées/sorties, production de la DSN. -Pour les cadres : aide au recrutement, production des contrats avenants, DPAE. -Assistance logicielle et règlementaire (droit du travail). -L'appui et le conseil juridique, -L'animation et le développement des politiques et processus RH -Suivi de la mise à jour des taux/audit RH, bilan social, indicateurs.	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884020- PRESTATION FINANCIERE	**77 950**
-Garant de la production des comptes globalisés FJB: Bilan, Compte de résultat, Annexe et rapport de gestion. -Logiciel comptabilité X3, maintenance et mise à jour. -Gestion de la trésorerie, validation des interfaces, traitement des immobilisations, contrôle budgétaire -Contrôle de gestion -Prestations équivalentes en cabinet d'expertise comptable sur les principes d'arrêtés de comptes. Conseille la Direction Générale. Procédures : mises en place et contrôles sur le fonctionnement courant et les arrêtés de comptes.	
62884030 PRESTATION ACHATS	**24 200**
-Le coût logiciel des modules achats et stocks Sage X3, la maintenance et le développement. -Le respect de la règlementation (pouvoirs adjudicateurs) en sécurisant les procédures d'achats. -La massification des achats -La création et la mise à disposition de catalogues de produits avec des coûts maîtrisés -La gestion et le suivi des contrats d'achats -La formation des professionnels sur les processus d'approvisionnement et la règlementation afférente. -Une veille juridique et technologique sur les achats. -Lors d'un appel d'Offre : soutien pour l'écriture de Cahier des Clauses techniques Particulières, réalisation du dossier d'appel d'Offre et de consultation, analyse administrative, soutien pour l'analyse technique, audition du fournisseur prestataire, choix du fournisseur avec le prescripteur, clôture administrative du dossier, collecte des gains sur Appel d'offre.	
62884040- DIRECTION GENERALE	**108 577**
Directeur général : -responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche de l'ensemble de la Fondation. Il a en charge la vocation particulière de celle-ci au-delà de l'aspect administratif ou médical. -conduite générale, organisation, sécurité, ordre et discipline -choix et nomination du personnel -décision sur les admissions et enregistrement ou prononciation des départs -préparation et convocation des séances du Conseil, du Bureau et des Comités, conformément aux indications de chaque Président, rédaction et diffusion des comptes rendus des séances du Conseil, du Bureau et des Comités. Secrétaire général : -Conseil et appui en lien avec les axes stratégiques fixés au CA, les problématiques budgétaires et la règlementation. -Aide et accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement -Accompagnement auprès des partenaires ARS / CD -Accompagnement dans les relations avec les IRP (CSE) -Présidence du CCSE (représentation de tous les CSE des établissements lors du CCSE) -Représentation auprès de la fédération d'employeurs -Représentation au Conseil de Vie Sociale des Etablissements -Représentation à la Commission Des Usagers -Réunion de coordination des activités (réunion tous sites) -Présentation des budgets et des comptes clos devant le CA -Rédaction des documents institutionnels (« gammes », « incollables », statuts, règlement intérieur...) -Entretiens disciplinaires -Recrutement du personnel cadre	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884050- PRESTATION QUALITE GESTION DES RISQUES	**32 300**
-Conduire les évaluations internes selon le calendrier fixé par l'ANESM. Conduire les évaluations externes avec l'opérateur choisi par la Direction Générale - loi n°2002-2 art 22 du 2 janvier 2002 : 3 évaluations internes et 2 évaluations externes par cycle de 15 ans. -Mettre à disposition le référentiel ARSENE (support d'évaluation interne), formation à l'outil. Garant méthodologique. -Inciter une démarche participative et collective d'évaluation. -Présenter les résultats de l'évaluation en bonne et due forme aux autorités compétentes. -Tenir les tableaux de bord des plans d'action dédiés. -Restituer auprès des autorités de contrôle et de tarification et de l'organisation institutionnelle FJB de l'avancée du plan d'amélioration.	
62884060- DIRECTION MEDICALE	**96 200**
Le Directeur médical est responsable de l'organisation des actions médicales et soignantes de la Fondation. Il assure avec l'aide des médecins, des internes, des spécialistes qualifiés, des membres des professions paramédicales, éducatives et soignantes, la bonne exécution des soins et des actions thérapeutiques et pédagogiques. -Il est responsable de l'organisation de la continuité des soins, -Il participe à l'étude des dossiers d'admission des résidents et y apporte un avis médical, -Il concourt au recrutement et à la formation du personnel.	
	554 113

Une mutualisation de services et productions du site de la Vallée de la Dordogne est présenté en 2.2.4

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 Non applicable - aucune autorisation de siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
Net			
Retraitements comptables *(variation des congés payés, reprises...)*			
RESULTAT A AFFECTER			

Bilan financier du siège N-1 et N-2 Non applicable - aucune autorisation de siège

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 permettent 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.

(cf annexes : « rapport évaluation interne Tibériade » & « Rapport évaluation externe Tibériade»)

Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD TIBERIADE	02/12/2014	01/12/2019

Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD TIBERIADE	02/12/2015	30/11/2022

Objectifs transversaux communs issus des évaluations externes et autres dispositifs

Les objectifs listés ci-dessous concernent l'ensemble des établissements MS du site de la vallée de la Dordogne
Ils ont été construits à partir des évaluations internes et externes de l'ensemble des établissements concernés par le CPOM mais du fait des dates , ils sont enrichis :

- Des résultats d'audit sur différentes thématiques
- De l'analyse des causes des évènements indésirables
- Des causes d'accidents du travail
- Des politiques de la Fondation
- Des axes prioritaires de la démarche d'amélioration continue et de la gestion des risques

Selon les établissements il peut s'agir

- de corriger des points faibles
- de se mettre à niveau au regard d'attendus ciblés
- de poursuivre des actions déjà mises en place

Pour tous il s'agit de développer de nouvelles actions en lien avec des objectifs des stratégies nationales , des nouvelles RBPP, la politique institutionnelle FJB, de poursuivre les actions de mutualisations légitimes dans leur finalité
Le défi tout comme pour les unités sanitaires dans le cadre de la procédure de certification est d'améliorer la qualité des établissements médico-sociaux sur les axes prioritaires.

Objectifs concernant les outils de la loi 2002

- Actualisation du projet de chaque établissement (en cours, trame jointe en annexe)
- Actualisation si nécessaires du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, du DIPC

Objectifs concernant les organisations

- Positionnement des réunions institutionnelles (réunion clinique , réunion de fonctionnement (cf document annexe : dispositifs de réunions)
- Clarification des missions de chaque professionnel à développer
- Mutualisation des compétences particulières (déjà effectif et à intensifier)
- Faciliter l'appropriation permanente des RBPP par tous les professionnels
- Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec les causes d'accident du travail

Objectifs concernant les prestations de soins somatiques et psychiques

- Double prise en charge somatique et psychiatrique pour l'ensemble des établissements
- Poursuite du développement des actions de prévention (droit commun, dépistage des cancers, activité physique, actions d'éducation thérapeutique à intensifier))
- Prise en compte du vieillissement, plus de 50% des personnes accueillies ont plus de 50 ans (formations, recrutement de médecins gériatres..)
- Prise en compte des soins bucco dentaires (prévention et soins) par chirurgien-dentiste spécialisé
- Prise en compte de l'accroissement des pathologies somatiques déjà fortement représentées (convention HAD, conventions avec partenaires libéraux et hospitaliers, mise en place du centre de santé)
- Dépistage et prise ne compte de la douleur (CLUD transversal/ formation au Meopa des IDE et médecins)
- Repérage des risques de dénutrition (CLAN transversal)
- Prise en compte du risque iatrogénique (mise en place progressive de la conciliation médicamenteuse, livret thérapeutique)
- Prise en compte de l'évolution dans le temps de la symptomatologie épileptique : 50% de personnes concernées (grille de repérage, formation des professionnels, appui et suivis organisés par neurologue)
- Prise en compte des risques liés aux neuroleptiques (chutes, risque de surpoids, exposition au soleil, ...)
- Organisation par mutualisation sanitaire et Médico-sociale de la continuité médicale somatique et psychiatrique 24/24H, 365j/an
- Organisation de formations « flash » sur sujets somatiques
- Travaux à poursuivre sur accompagnement soins palliatifs et accompagnement fin de vie

Objectifs concernant de rééducation et réadaptation fonctionnelle

- Mise en place, actualisation et prise en compte des évaluations fonctionnelles pour chaque résident,. Ces évaluations fonctionnelles sont nécessaires à l'identification des capacités et potentiels en vue de construire le projet d'accompagnement. (intensification des actions en cours avec formation des professionnels, recrutements de professionnels formés aux évaluations, laboratoire autonomie et communication, investissement de matériel, ...)
- Une attention particulière est donnée aux évaluations de la communication expressive et réceptive pour adapter les outils
- Réorganisation du plateau médico-technique en mutualisant les compétences pour faciliter les évaluations pluridisciplinaires

Objectifs concernant les prestations en matière d'autonomie

- Prévenir et anticiper la perte d'autonomie des personnes (matériel adapté, domotique, adaptation des locaux, ...)
- Identification des compétences requises et des besoins de formations
- Développement des travaux de mise en place des outils facilitant la communication (laboratoire autocom)

Objectifs concernant la participation sociale et notamment les droits des personnes

Quelques repères :
Plus de 70% des personnes ont des troubles de la communication et de la compréhension (déficience intellectuelle, autisme sévère, polyhandicap)
Près de 99% des personnes sont sous une mesure de protection juridique (tutelle 90% le reste étant curatelle, ou curatelle renforcée).

Points concernés

- Amélioration de la participation de la personne accompagnée à tous les stades de construction de son projet personnalisé
- Travail sur l'autodétermination des personnes accompagnées y compris non communicante (outil Baromètre)
- Travaux sur la liberté d'aller et venir prenant en compte les conséquences liées au vieillissement (chute, troubles cognitifs venant se rajouter à la déficience intellectuelle)
- Travail sur la place des familles et des aidants
- Poursuite des actions à visées inclusives (accès à un logement adapté via des appartements de transition, participation aux activités de droit commun, ...)
- Travail sur la conception d'outils pour faciliter le recueil des directives anticipées
- Travail autour des outils de préparation aux sorties, aux consultations, ...

Objectifs concernant les ressources humaines

- Adapter les compétences aux besoins identifiés (politique de recrutement, formations psychopathologie par parcours : autisme, psychose, polyhandicap, vieillissement)
- Prévention des risques professionnels (mise à jour des DUERP), actions de préventions PRAPS
- Analyse des causes d'accident du travail
- Procédure d'accueil des nouveaux professionnels
- Formations « Gammes » repères et références institutionnels
- Développement d'actions en lien avec la politique Qualité de Vie au Travail

Objectifs concernant le système d'information

- Informatisation du dossier de soins et du dossier d'accompagnement (outil « Baromètre », Université Sherbrooke, Canada)
- Formulaire d'information partagée entre professionnels (cf art 96 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé)
- Dispositif d'appropriation /formation des outils métiers pour chaque professionnel

Objectifs concernant la démarche qualité et la gestion des risques
Ces objectifs s'appuient sur la politique qualité et gestion des risques et le manuel adopté pour l'ensemble des Etablissements de la Fondation
Points traités notamment :

- Sécurisation du circuit du médicament (PUI* et DJIN* robotisée, audit dans les établissements, formation des professionnels, ...)
- Déclaration et analyse des évènements indésirables avec CREX* : acquisition du logiciel intraqual, paramétrage et déploiement prévu en 2019)
- Promotion de la bientraitance et prévention des risque de maltraitance(réalisation de cartographie des risques sur la base des outils HAS dans chaque ESMS)
- Gestion du risque infectieux : Mutualisation avec compétences de l'ESAP et l'EOH*
- Traçabilité de l'information dans les dossiers

* PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
*DJIN : Dispensation Journalière Individuelle Nominative
*EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
*CREX : Comité de Retour d'Expérience

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 TIBERIADE	PUI robotisée avec DJIN, Pool ide de nuit, Permanence médicale somatique et psychiatrique , Accès aux soins dentaires Plateau technique de rééducation Accès au culte de son choix Les participations des résidents dans des activités de droit commun Les ateliers d'activités Mutualisés Astreinte technique	Laboratoire autonomie communication Fiches repères Outils « Baromètre » compatible GIR, GEVA, SERAFIN PH Mise en place d'espace éthique PMSI renseigné y compris en ESMS	

2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		HAD Clinique Pasteur
Une équipe mobile de gériatrie		X	Medecin coordonnateur gériatre
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		Réseau Pallia 24
Une ou plusieurs officines de pharmacie		X	L'EHPAD bénéficie des prestations de la PUI robotisée de l'ESAP
Un établissement de santé	X		CH Bergerac et Sainte-Foy-La-Grande
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		L'EHPAD bénéficie de l'ESAP de la Fondation
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire	X		L'EHPAD bénéficie de du cabinet dentaire de la Fondation
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	X		EHPAD de la madeleine Pas d'admissions réalisées. Gestion des troubles du comportement en interne
Autres			

Liste des partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Convention de partenariat avec le CH de Bergerac		Relayer l'information à l'ensemble des professionnels autres que soignants	
Convention de partenariat avec l'HAD clinique Pasteur		"	
Convention constitutive de GCS de santé mentale de Dordogne		"	
Convention de partenariat avec le CH de Sainte-Foy-La-Grande		"	
Convention de partenariat avec le CHU du Bordeaux		"	
Convention de partenariat avec le réseau de soins palliatifs et d'accompagnement 24		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Rambault-Mautuit (Ophtalmologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et les Docteurs Vircoulon et Oysel (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Delabrousse-Mayoux (Neurologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Beauchamps (Gynécologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Berchebru-Bertrand (Dermotologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur KHELLAF (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur LEHERISSIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur FALQUIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Tolomio (Orthophonie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Fruttero (Orthoptie)		"	
Partenariat avec le Comité Local de Santé Mentale de la CAB		"	
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) 33		"	
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) 24		"	
Partenariat et convention avec l'Association Croix-Marine 24		"	

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

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	Eléments transposables à d'autres ESMS
EHPAD TIBERIADE	groupes d'analyse de pratique (mise en œuvre en 2019) Accompagnement des cadres sur le management et la QVT Evaluation continue du DUERP et articulation de la gestion concertée des risques professionnels Déploiement des fiches de postes et entretiens individuels + professionnels Nouveau dispositif de réunions institutionnelles	Poursuite de l'accompagnement soutenu des mobilités professionnelles Développement des parcours professionnels afin de limiter les restrictions voir les inaptitudes aux postes. Réponses aux besoins en formation professionnelle continue	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Eléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X				
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X		A construire au niveau de la FJB	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X		Entretien professionnels Dispositif spécifique formations des cadres	Logiciel adapté permettant un meilleur suivi	
Adéquation du personnel aux missions ?		X		Présence de personnes non-qualifiées	

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 : 2018				
ANNEE N +1 : 2019	**2**	**Garde malade**	**24619**	
ANNEE N + 2 : 2020	**1**	**AHS**	**15011**	
ANNEE N + 3 : 2021	**1**	**IDE**	**32406**	
ANNEE N + 4 : 2022				
TOTAL	**4**		**72036**	
Provisions déjà constituées			**En cours d'analyse**	
RESTE A FINANCER				

2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Les établissements médico-sociaux des établissements du site de la Vallée de la Dordogne bénéficient de mutualisations de services et de productions. Ces mutualisations sont facturées en fonction de leurs coûts et non forfaitairement.

Il s'agit :

- Mutualisations des services sur le SVD
- Les productions supports du SVD

Les services mutualisés et supports du SVD (cf Annexe : les services et supports du SVD)

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
- Le Service des Relations Humaines SVD	-Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité		
- Le Service Financier SVD	- Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité		
- Le Service Logistique SVD	-Economie d'échelle en lien avec le service achat (national) -Maîtrise technique -Réactivité		
- Le Service Technique SVD	-Economie d'échelle -Maîtrise technique -Réactivité		

Les productions supports du SVD	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
- La Pharmacie à Usage Intérieur : (PUI)	Sécurisation du circuit du médicament		
- Le Service Médical du site :	Sécurité des soins Disponibilité		
- La Cuisine Centrale	Respect des normes adaptation à la demande		
- La Blanchisserie Centrale	traçabilité hygiène production maîtrisée		

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
61522100-PRESTATION SERVICE TRAVAUX ET SECURITE	**195 162**
Interventions du service travaux de la Fondation John Bost	
Le service travaux est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans les domaines de conservation et d'entretien des bâtiments des différents établissements et services. Ses missions sont d'assurer : -L'entretien et la maintenance préventive et curative des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux), -L'entretien et l'exploitation règlementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberies sanitaires, -Les astreintes 24H/24, techniques et de chauffage, -La gestion du risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée, -Le maintien à jour les registres de sécurité, dossiers techniques amiante, carnets sanitaires, -Le suivi des opérations règlementaires de lutte contre la légionnelle -Le fonctionnement de la chaufferie centrale qui dessert tous les établissements du "plateau de la Force" -Le transport des résidents qui bénéficient de prestations de soin, d'animation et de participation sociale sur le "plateau de La Force".	
62884010 PRESTATION RELATIONS HUMAINES	**199 500**
Il est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans le domaine des ressources humaines. Ses missions sont d'assurer : -Le respect et la bonne application de la législation du travail, de la convention collective, des accords d'entreprises et des notes internes du domaine social. -Les recrutements et la gestion du pool des remplacements. -La production des contrats de travail des salariés du SVD et des déclarations liées. -L'administration et la paie du personnel du site. -La gestion de la carrière des professionnels du SVD -L'audit et le conseil juridique sur un premier niveau -La gestion et le suivi du plan de formation du site. -Le dossier santé au travail et gestion des risques professionnels	
62884020- PRESTATION FINANCIERE	**172 000**
Le service financier SVD doit assurer la production ou l'aide à la production des budgets, des comptes généraux et analytiques dans le respect des règles, de la loi et de la déontologie en lien avec le service financier transversal. Le service financier SVD a aussi une mission de conseil auprès de la direction de site, des directions d'établissement, des services mutualisés du SVD. Il assure aussi un service de comptabilité et d'aide à la gestion de l'argent de poche des résidents. Activités comptables et budgétaires : -La préparation et les présentation des budgets et leur globalisation : préparation de la partie financière des rapports budgétaires, des comptes administratifs, des tableaux de bord de la performance ANAP. -L'élaboration des comptes annuels de l'ensemble des activités du site de la Vallée de la Dordogne : . le suivi de l'enregistrement comptable et du règlement des factures fournisseurs . le suivi de l'enregistrement comptable des factures internes Blanchisserie, Cuisine, Médical, etc. . la facturation des séjours . le suivi du recouvrement des frais de séjour . le suivi financier des investissements immobiliers . le suivi financier du plan de formation	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884030 PRESTATION LOGISTIQUE	**88 600**
Le service logistique a pour objectif d'approvisionner les établissements, la cuisine centrale et la blanchisserie en biens consommables et investissements matériels et d'assurer l'application des contrats d'entretien et de maintenance , suivant les marchés contractualisés par le service achats transversal, pour le site de la vallée de la Dordogne. **Gestion des flux entrants et sortants :** -Gestion des commandes fournisseurs selon les besoins des services et établissements -Réception des commandes au magasin du site de la vallée de la Dordogne (contrôle produits, DLC, numéro de lot) -Gestion des stocks disponibles au magasin -Livraisons auprès des pavillons et services du site de la vallée de la Dordogne : commandes de services (produits alimentaires secs, boissons et produits d'hygiène) chaque semaine et mobiliers ponctuellement -Gestion des commandes comptoirs (commandes directes au magasin, en cas d'urgence) **Gestion des livraisons repas (préparés par la cuisine centrale) en liaison chaude :** -Livraison et ramassage des chariots repas midi et soir chaque jour **Gestion de l'application des contrats de maintenance et d'entretien :** -Coordination des interventions techniques (nuisibles, hygiène, contrôle conformité des dispositifs médicaux) **Gestion et suivi de la maintenance des dispositifs médicaux en collaboration avec le service technique :** -Sauvegarde des rapports d'intervention -Demande de devis de réparation (prestataire externe) -Gestion du « parc » et des transferts éventuels des dispositifs médicaux au sein du site de la vallée de la Dordogne **Gestion des facturations fournisseurs :** -validation des factures, traitement des litiges **Gestion des inventaires** (inventaires tournants mensuels et inventaires annuels) et clôtures des stocks fin de mois et annuel (calcul du PMP, mise à jour statistiques) **Gestion et application des réglementations liées au transport** (tachygraphe, PL et bus). Le service logistique est référant du module « stock et commandes » du logiciel X3, propose des formations d'utilisation aux nouveaux arrivants	
62884040- DIRECTION DE SITE	**246 600**
-Direction de site : la direction du SVD décline la stratégie de la direction générale et a une mission de coordination entre les différents établissements et service du site de la vallée de la Dordogne. -Accueil, standard.	
62884050- AUTRES FRAIS COMMUNS MUTUALISES SVD	**62 800**
Autres frais communs bénéficiant à l'ensemble des établissements, Ils comprennent : -l'espace interpavillonnaire (espaces verts, parkings, réseaux et voiries, éclairages) -la station pompage "Le Touron" -la salle de réunion de site "Agora" -les honoraires de commissariat aux comptes -les cotisations (Fehap, Uriopps) -le coût des remplacements du personnel élu SVD -l'affranchissement, le téléphone -les véhicules de prêt	

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS MUTUALISEES SVD	MONTANT COMPTABILISE EN 2018 €
62884050- PRESTATION MEDICO-TECHNIQUE	53 600
La prestation médico technique comprend les moyens matériels bénéficiant aux médecins affectés à plusieurs établissements. Cela inclut : -les bâtiments (bureaux) -l'informatique -les voitures -le téléphone Cela inclut aussi du petit matériel médical mutualisé, bénéficiant à l'ensemble des établissements.	
62884060- CHAUFFERIE	59 200
La chaufferie centrale alimente tout le plateau technique de LA FORCE en réseau de chaleur. Le coût comprend : -le bâtiment, -les installations techniques, -les dépenses d'entretien (chaufferie centrale et réseaux de chaleur inter pavillonnaires) -les contrats d'entretien	
62884060- STAGIAIRES	61 800
Avec l'aide des professionnels, Accompagnement des résidents par des volontaires lors des différentes activités auxquelles ils souhaitent participer.	
62884060- ANIMATION	66 700
Espaces de rencontre et d'expression pour : -favoriser l'émergence des capacités de chacun, -ouvrir sur le corporel et le sensoriel, -lutter contre l'exclusion ; 4 animateurs	
	1 205 962

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

- Autres actions innovantes *(Ex : développement de la domotique, Silver Economie...)* ?

  Le laboratoire autonomie communication travaille en collaboration avec l'EHPAD pour développer des systèmes domotiques facilitant la vie des personnes accompagnées et prise en compte de la liberté d'aller et venir.

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)

(Cf annexe : ANAP 2017 Tibériade)

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 %) :
- Hébergement :
- Soin :
- Dépendance
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
- Hébergement :
- Soin:
- Dépendance :
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
- Le personnel
- Les produits pharmaceutiques et à usage médical
- Fournitures médicales
- Ergothérapie
- Location mobilière et entretien

e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n°4)

Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : Evaluation interne réalisée et suivi via l'outil ARSENE du CREAI
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Prestation sélectionné par la Fondation John BOST

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

ESMS Tibériade	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Cartographie des risques de maltraitance		
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Prise en charge somatique et psychiatrique Accès à un plateau technique de rééducation Continuité soins médicaux somatiques et psychiatriques par mutualisation	Adaptation des moyens à la perte d'autonomie Mise en place d'une organisation pour l'accueil de personnes avec troubles du comportement sévère	Forte population présentant des troubles neuro dégénératifs avec troubles du comportement sévère
Axe n°2 : Ressources humaines	Nombre d'ETP réel conforme aux orientations de la Convention Tripartite	Réduction de l'absentéisme Qualification des personnels	
Axe n°3 : Finances et budget	Mutualisation des achats Services mutualisés, économies d'échelles	Contrôle de gestion	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Echéance suivi par le service qualité Utilisation du logiciel Arsène CREAI	Appropriation continue par les équipes de la démarche	

3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

3.2.1. Activité - EHPAD Tibériade

Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité CA 2017	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques *(capacité x365j)*	30 660	730	
Journées réalisées	30 354	459	
Taux d'occupation	99%	63%	

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.

Actuellement une trentaine de dossiers de demande d'admission sur Tibériade sont sur « via trajectoire ».
Quelques personnes nous sollicitent directement et sont réorientées vers « via trajectoire ».

3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Tibériade

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA 2017	Nb ETP tripartite	Ratio encadrement	Hébergement ETP	Dépendance ETP	soin ETP	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacations /CDD ou autres
Direction/administration	3		3				
Services généraux	1		0.86				0,14
Animation	1		1				
ASH, agent de service, garde malade (blanchissage, nettoyage, service repas)	16.01		9,89	4,54			1,58
AMP- Aide Soignant	28,7			7,85	19,03		1,74
Psychologue	0.5			0,5			
IDEC	1				1		
Infirmière	4,37				4,50		
Auxiliaires médicaux	0,24				0,24		
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.5				0,5		
Autre fonction (à préciser) Contrats aidés	2,05						2
TOTAL	58,37	0,678	14,75	12,89	25,27		5,46

Commentaires éventuels :

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 1 médecin
- Rappel 2 CAE budgétés ne pouvant être pourvus utilisés en CDD
- Poste non pourvus pour permettre de constituer une enveloppe de remplacement à moyens constants par des CDD
- Poste de direction non pourvu sur la totalité de l'exercice

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

le mode de calcul présenté est différent de celui issu de l'ANAP pour non prise en compte de la maternité.

2017

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)*
EMPLOYES OUVRIERS	15,5%	0,23%	12
CADRES	3,1%	0,09%	0
AGM	**0%**	**0%**	**0**
TOTAL	14,8%	0,23%	12

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :
2017 a été une Année confronté à un absentéisme important lié à des arrêts longs dont certain ont aboutis à des inaptitudes

- Epuisement des professionnels (personnes peu qualifiées, troubles du comportement sévères des personnes accueillies)

2018

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)*
EMPLOYES OUVRIERS	10.95%	0,17%	9 (à préciser)
CADRES	0%	0%	0
AGM	**0%**	**0%**	**0**
TOTAL	10.95%	0,17%	9

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :
2018 voit se concrétiser le travail sur la Prévention des Risques Professionnels liés à l'Activité Physique qui devrait permettre de voir diminuer le taux d'absentéisme.

3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Tibériade

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins

- **Les recettes sur la période :**

ESMS TIBERIADE	2017				2016				2015			
	HBG	DEP.	SOIN	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de recettes	1 704 402	612 089	1 436 379	3 752 869	1 692 366	613 369	1 418 432	3 724 167	1 722 410	613 151	1 394 003	3 729 564
Groupe 1	1 692 190	611 590	1 433 788	3 737 568	1 661 134	610 377	1 387 655	3 659 166	1 638 710	604 827	1 369 608	3 613 145
Groupe 2	10 780		2 093	12 872	17 617	2 992	18 825	39 435	55 028	6 894	24 278	86 200
Groupe 3	1 432	499	499	2 430	13 616		11 951	25 567	28 672	1 430	117	30 219

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :

- Les recettes d'exploitation :
- Groupe 1 : Une activité soutenue est constatée, à l'identique de 2016, avec un taux d'occupation du lit en accueil permanent de 99% en 2017.
- L'accueil temporaire a doublé comparé à 2016, le taux d'occupation du lit est de 63%.
- Aussi les produits de tarification sont en excédent de 39K€.
- Groupe 2 : RAS
- Groupe 3 : RAS

- **Les dépenses sur la période :**

EHPAD TIBERIADE	2017				2016				2015			
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de dépenses	1 730 539	644 501	1 454 272	3 829 312	1 699 200	621 851	1 383 654	3 704 704	1 715 421	611 086	1 430 823	3 757 330
Groupe 1	672 817	68 899	108 456	850 173	625 156	64 572	97 199	786 927	560 180	65 461	63 170	688 811
Groupe 2	724 551	572 406	1 304 821	2 601 778	729 968	554 083	1 257 507	2 541 558	751 732	542 430	1 334 559	2 628 721
Groupe 3	333 170	3 195	40 995	377 361	344 076	3 195	28 948	376 219	403 509	3 195	33 094	439 919

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 : Les dépenses du groupe 1 (alimentation interne en Hébergement) et les dépenses de personnel (dépendance et soins) en dépassement expliquent le déficit malgré l'activité soutenue.
- Groupe 2 : Nous constatons un dépassement global de 45 683€ sur ce groupe, réparti entre l'hébergement (-5K€), la dépendance (+39K€) et le soins (+11K€). Nous ressentons fortement la baisse des moyens sur la dépendance depuis la nouvelle législation sur la tarification de la dépendance.
- Groupe 3 : Nous constatons que le réalisé est légèrement supérieur au budget pour un montant de 2 366€ par rapport à l'accordé et de 1 142€ par rapport à 2016.

- **Résultats à affecter :**

EHPAD TIBERIADE	2017	2016	2015
Recettes	3 752 869	3 724 167	3 729 564
Dépenses	3 829 312	3 704 704	3 757 330
Net	-76 443	19 463	-27 767
Retraitements comptables *(variations congés payés, reprises...)*	7 577	-26 772	8967
Résultat à affecter	-68 866	-7 309	-18 800
AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES			
2017	Résultat 2017 =-26 136,86€ : 6 988,57 € en RAN excédent et 19 148,29 en dépenses refusées par autorités		
2016	Résultat à affecter soin 2016=34 778,02 : 8 694,51 € affecté à la réduction des charges d'exploitation, 26 083,51€ affecté en réserve de compensation des déficits d'exploitation		
2015	Section hébergement : excédent de 6988.57 € en 110. Section dépendance : excédent de 2 065,36€ en 110		

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. (cf annexe : TIBERIADE BILAN FINANCIER)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non : **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 TIBERIADE	2017
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	61 668,03 hébergement -2 823,84 soin
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	
Provisions pour risques et charges	
Provisions pour renouvellement des immobilisations	
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Projets d'investissement

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

3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD TIBERIADE

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

(cf annexes : « Rapport évaluation interne Tibériade » & « Rapport évaluation externe Tibériade »)

EHPAD Tibériade	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**	La direction du site à mis en place en plus des CVS des établissements, un CVS central		
Règlement de fonctionnement	**OUI**			
Projet d'établissement	**OUI**		En attente de validation de validation par les instances	
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	Une cartographie des risques de maltraitance a été diffusée et est travaillée dans chaque ESMS. Des grilles de prévention sont mise en place pour réduire les risques de troubles du comportement	Démarche qui doit être continue Travail d'accompagnement des professionnels de nuit à mettre en place (en cours de réflexion)	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail permanent pour identifier les souhaits ou les gouts des personnes non communicantes et déficiente intellectuelle	Travailler à une meilleure association des résident à tous les moments de construction avec l'outil baromètre Travail à développer avec les familles lorsqu'elles sont présentes.	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	De nombreux partenariats existent. Création d'un centre de santé spécialisé handicap	Accentuer la connaissance des particularités du public accompagné par la FJB auprès des partenaires	

Evènements indésirables : *mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance*	OUI	Une procédure, et des fiches d'évènements indésirables existent	L'informatisation en cours devrait permettre une meilleure gestion et analyse des évènements	
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 travail permanent	Les fiches pratiques sont mises à disposition des professionnels sur chaque groupe	Revoir les méthodes de diffusion et de travail autour des RBPP du fait de l'appropriation hétérogène par les équipes	
GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI		En cours de rédaction. Finalisation fin mars 2019	
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	OUI 12/2018			
Livret thérapeutique en place	OUI		Refonte permanente pour tenir compte du vieillissement du polyhandicap, des évolutions de la, règlementation sanitaire	
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	Chirurgien dentiste sur place		
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 avec l'ESAP FJB

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation : 21/09/2015

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

Actions	Quelles réalisations
Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser : - La pertinence des prescriptions médicamenteuses ; - La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ; - La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments - L'administration des médicaments dont l'identitovigilance - Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaine du froid) ; - L'informatisation du circuit du médicament - La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).	• PUI et DJIN Robotisée • Audit du circuit du médicament régulier • Analyse des fiches d'évènements indésirables • Formation des professionnels AS pour l'aide à l'administration • Présence IDE 7h00 – 21h00 • Intervention du pool IDE de nuit pour les « si besoin » avec validation préalable du médecin d'astreinte pour certains médicaments • Procédure spécifique pour l'administration dans chaque ESMS. Révisions régulière de la procédure d'administration pour prévenir le risque d'erreur lié à la perte d'autonomie des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement

3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Tibériade

Nom EHPAD : Tibériade				
Date d'effet de la convention : 30/07/2010				
Date de fin de la convention :15/12/2015				
Intitulé fiches action	**Objectifs**	**Moyens engagés**	**Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)**	**Observations**
Equilibre des menus	Améliorer les menus proposés en veillant à l'équilibre alimentaire et à la prévention des carences	Travail avec la diététicienne et les cuisiniers	R	
Qualité des mixés	Améliorer l'apparence et la qualité gustative des mixés et leur adaptation au menu du jour	Réaliser des travaux de recherche sur les mixés Assurer des formations sur les mixés pour les cuisiniers Visiter d'autres cuisines produisant des mixés	EC	Des actions de formations ont bien eu lieu mais la présentation est encore à travailler Reprise de ces travaux avec le CLAN
Qualification du personnel	Transformer des postes de garde malades en postes qualifiés	Transformer 2 GM en 2 postes AS de nuit Transformer 1 GM en Manœuvre Transformer 2,73 GM en 2,73 AS	R	Des postes de gardes malades sont encore à transformer
Encadrement et accompagnement du Résident	Améliorer l'accompagnement et la qualité de prise en charge des résidents	Création d'un 0.5 poste d'AS	R	
Formation du personnel	Former le personnel sur des thématiques spécifiques à l'EHPAD	Formations intra-pavillonnaires, inter-pavillonnaires et individuelle	R	
Préparation et distribution des médicaments	Assurer ces tâches par le personnel soignant	Assurer la préparation des gouttes par les IDE Assurer la distribution des somnifères par les soignants	R	

Prise en charge de la douleur	Améliorer la prise en charge de la douleur	Rédiger une procédure générale Remplir les grilles d'évaluation de la douleur de manière plus systématique Former le personnel à la prise en charge de la douleur Augmenter le temps d'écoute par l'intervention d'un psychologue	R	
Prévention des chutes	Améliorer la prévention et le suivi des chutes	Réaliser un protocole de suivi des chutes et analyser les chutes Mettre en place un atelier prévention des chutes Mettre en place un atelier de travail de l'équilibre	R	
Formalisation du travail de prévention des escarres	Mettre en place la grille d'évaluation du risque d'escarres BRADEN	Renforcer l'utilisation de la grille Former le personnel	R	
Atelier d'activation cérébrale	Favoriser le maintien des acquis par des prises en charge cognitives adaptées	Créer un poste de psychologue clinicien Animer des ateliers d'activation cérébrale	R	
Accueil temporaire	Optimiser les réponses apportées aux demandes des familles, soulager les aidants familiaux et faciliter le processus d'admission en accueil durable	Dépôt d'un dossier de demande d'extension Autorisation conjointe délivrée par les 2 autorités de tarification Accord de financement de 2 places supplémentaires	R	
Réaménager l'unité de vie Jericho	Adapter les locaux aux pathologies de la population accueillie	Création et aménagement de locaux sous réserve du dépôt et acceptation du ppi (salle Snoezellen, cuisine thérapeutique, 2nde salle des familles, etc...)	A	Les locaux existants ont été jugés suffisant et le choix a été fait d'équiper l'établissement de chariots Snoezellen portatifs
Commission Menus	Renforcer la représentativité des résidents à la commission Menus	Participation des Résidents plus importante	R	
Contention des Résidents	Améliorer la traçabilité de l'information des familles en cas de contention	Signature de fiches de contention	R	
Réseaux extérieurs	Développer un réseau extérieur en gérontologie	Concrétiser les contacts régulier avec d'autres établissements et partenaires Signer des conventions avec l'HAD et Pallia24	R	
Sécurité des locaux de stockage	Renforcer les moyens de sécuriser les locaux	fermeture à clé	R	
Affichage et information	Afficher les tarifs des prestations extérieures	Affichage du tarif Coiffure, esthéticienne	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 ?*

  Une difficulté à atteindre le taux d'occupation sur l'accueil temporaire
  Requestionner la pertinence de l'accueil temporaire sur le site de La Force

  Reconnaitre une UHR au sein de l'EHPAD pour des personnes atteintes de maladie neuro dégénératives (appui ESAP et neurologue en présentiel)

- *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) ?*

  Assurer une inclusion en local en proposant des animations/prestation vers l'extérieur et être le référent gérontologie sur la Commune de La Force.

- *Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?*
  Non

Fiche Action N°1 Participer à la coordination départementale pour fluidifier les parcours	
Référent (personne ou institution) : Direction de site du SVD, service médical	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Participation au Dispositif d'orientation permanent (DOP) et anticipation des ruptures de parcours.
Description de l'action	- assurer la transition du parcours de la personne entre l'établissement d'origine et l'ESSMS de destination. - Réinterroger régulièrement l'accompagnement des résidents au sein de la structure. - participer quand convocation aux Groupes opérationnels de synthèse (GOS) ainsi qu'au suivi et application du Plan d'accompagnement global (PAG). - participer à toutes les modalités de résolution de situations complexes ou critiques (Plan d'accompagnement global, Groupe opérationnel de synthèse, sortie d'hospitalisation, etc.) Lorsque la personne est momentanément hospitalisée, l'établissement maintient son accompagnement en collaboration avec l'équipe de soin du service hospitalier, et le cas échéant travaille avec l'AS hospitalière à la réorientation pertinente.
Identification des acteurs à mobiliser	ARS MDPH PCPE Coordination médicale du site Services médicaux des établissements partenaires (Psychiatrie adulte, ESMS, CMP adulte, …) Hôpital de jour FJB Plateau technique du site PTA
Moyens nécessaires	Signature de conventions Instance de rencontres régulières Formations des professionnels à l'évaluation initiale Dispositifs de soins ambulatoires du secteur de psychiatrie Maintien de la possibilité de CNR (par défaut de moyens complémentaires) Acquisition de matériels spécifiques protection des personnes et professionnels Adaptation des locaux.

Calendrier prévisionnel	Dès entrée en vigueur du CPOM (2020)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	> Taux de participation aux GOS (nombre de GOS avec participation / nombre de participation sollicité aux GOS x 100) > Taux accueil des personnes avec un PAG (nombre de personnes avec un PAG/nombre de places autorisées ou file active X 100) > Taux de refus d'admission motivé suite à la signature d'un PAG (nombre de refus de PAG motivés/nombre de PAG signés X 100) > Nombre de fin de prise en charge / exclusion demandé et validé par la CDAPH > Nombre de situations complexes anticipées avec la MDPH
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°2 Structurer le partenariat avec l'HAD de la clinique Pasteur	
Référent (personne ou institution) : Directeur Médical, coordonnateur des soins, CME	
Constat du diagnostic	L'HAD et les ESMS sont desservis par des PUI et disposent d'un dossier patient informatisé diffèrent . Ces points complexifient l'organisation de la sécurisation du circuit du médicament, des dispositifs médicaux et de la traçabilité des décisions médicales et obligent les acteurs à construire une organisation spécifique
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer la sécurité et la continuité des soins par les professionnels de santé de l'équipe HAD auprès des résidents des ESMS SVD (intervention des IDE et traçabilité des observations et transmissions). Améliorer la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux en tenant compte des contraintes règlementaires des 2 PUI. Prise en compte du RGPD
Description de l'action	Analyse partagée des difficultés techniques, règlementaires et organisationnelles rencontrées dans le cadre des interventions de l'HAD au sein du SVD sur le plan du partage d'information et de la sécurisation du circuit du médicament Elaboration d'une convention cadre générale d'intervention au sein d'ESMS avec PUI et d'une convention type par ESMS en amont de la rédaction du protocole de soins.
Identification des acteurs à mobiliser	Clinique pasteur : HAD DSI et médecin coordonnateur Vice président CME et Service médical SVD Direction des systèmes d'information FJB et Pasteur Pharmaciens et préparateurs des PUI des 2 établissements
Moyens nécessaires	Actualisation de la convention initiale Convention par ESMS PL
Calendrier prévisionnel	Echéance : fin 2020 convention cadre : accès SI et dispensation PUI Une convention par établissement fin 2021 Plan de soin individuel selon situation
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nombre de résidents pris en charge par l'HAD par ESMS Nombre de conventions spécifiques signées dans ce contexte particulier
Points de vigilance	Complexité des SI Droits d'accès aux professionnels extérieurs sur SI FJB et sécurisation de l'ensemble des procédures
Bonnes pratiques à promouvoir	Retour d'expérience à l'issue d'une prise en charge

Fiche Action N°3 Structurer différemment l'offre d'hébergement Proposer des réponses modulaires	
Référent (personne ou institution) : direction de site	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Concevoir et décrire différemment l'offre de services
Description de l'action	La qualité des parcours repose sur la constitution d'un maillage territorial fort et la coordination des acteurs. Cela signifie faire évoluer tous les partenaires du parcours, sans exception, à des méthodes de travail substantielles et exigeantes afin de proposer des réponses modulaires dans le cadre des PAG et hors PAG. Réorganisation interne des capacités d'accueil structurées par parcours. Identification auprès des partenaires institutionnels comme solution de recours. Identifier les solutions alternatives proposées par nos potentiels partenaires Etude de projet FAM « hors les murs »
Identification des acteurs à mobiliser	ARS CD24 MDPH, PTA, PCPE, CLSM Coordination médicale FJB
Moyens nécessaires	Reconfiguration architecturale : chambre supplémentaire (répit) Outils de communication Procédure interne d'admission dans le cadre du répit à revoir Conventions partenariales
Calendrier prévisionnel	Dès l'entrée en vigueur du CPOM (2020) Fin du CPOM 2024 FAM hors les murs
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	> Nombre de partenariats effectifs et actualisés notamment avec l'équipe relais handicap rare, les dispositifs intégrés TSA, les centre ressources experts ; > Nombre d'usagers bénéficiant d'une réponse modulaire / d'un pluri-accompagnement selon son projet de vie ; >Nombre d'adhésions de l'établissement aux groupements de coopération ou autre forme de coopération inter-établissement.
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	Aide aux aidants (répit, accueil séquentiel, …)

Fiche Action N°4 Travailler sur un dispositif à visée inclusive	
Référent (personne ou institution) : Direction de site	
Constat du diagnostic	Absence d'alternative à l'accompagnement au long cours en hébergement ESMS
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Diversifier l'offre d'accompagnement et de soins pour les personnes accueillies en mettant en place un dispositif favorisant l'inclusion sociale. Evaluer en cours de CPOM le nombre de places potentielles et utiles
Description de l'action	Identification des souhaits et capacités des personnes Analyse et projection en interne de nos capacités d'innovation : - Identification des besoins d'étayage - Appartements de transition ? - Appartements collectifs en ville ? Diagnostic du besoin en lien avec les partenaires du territoire Elaboration d'un plan de déploiement
Identification des acteurs à mobiliser	Ressources pluridisciplinaires internes Partenaires de proximité : Papillons blancs, Communauté de commune, GEM Association d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine PINEUILH ARS -CD24- MDPH 24-DDCSPP24
Moyens nécessaires	Personnel dédié et formé à cet effet Réorganisation architecturale dans la période de restructuration du site
Calendrier prévisionnel	Réflexion et démarche à mener tout au long du CPOM Evaluation du nombre de places concernées (après 2022)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nombre de personnes accompagnées dans ce cadre
Points de vigilance	Evolution des pratiques professionnelles et nécessité d'accompagner ce changement

Bonnes pratiques à promouvoir	Promotion de l'autonomie Virage inclusif Identification des capacités des personnes à partir des évaluations fonctionnelles Mise en place d'actions et organisation favorisant l'autonomie et l'autodétermination des personnes

Fiche Action N°5 Développer les nouvelles technologies en faveur de l'autonomie, la liberté d'aller et venir	
Référent (personne ou institution) : Direction médicale, Responsable Laboratoire Autonomie et Communication FJB	
Constat du diagnostic	La majorité des dispositifs contenants et protecteurs actuels sont à visée collective au détriment des capacités potentielles individuelles.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Permettre à chaque personne accompagnée de conserver son autonomie et sa liberté d'aller et venir en toute sécurité malgré l'ampleur de ses troubles
Description de l'action	Recherche de moyens technologiques individualisés et adaptés, en adéquation avec les capacités individuelles
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe pluridisciplinaire Laboratoire Autonomie et Communication Collaboration avec le centre de recherche APF Usagers (résidents et familles, représentants légaux)
Moyens nécessaires	Financement et déploiement des outils domotiques dans les ESMS SVD Formations des professionnels Matériel informatique
Calendrier prévisionnel	Janvier 2020 et déploiement sur la durée du CPOM en fonction des innovations
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nombre d'établissements ayant participé à l'EPP sur la thématique de la déambulation nocturne Nombre (et type) de dispositifs mis en place
Points de vigilance	Ethique, information et consentement
Bonnes pratiques à promouvoir	Maintien et promotion de l'autonomie

Fiche Action N°6 Amélioration de l'accompagnement quotidien des personnes vieillissantes EHPAD	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur de l'EHPAD, direction établissement	
Constat du diagnostic	Age moyen d'entrée 84 ans Population à majorité GIR 1,2,3 Population fragile Population avec des polypathologies
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Prévenir les risques de perte d'autonomie Prévenir les risques de dégradation de l'état de santé général : risques de chute, dénutrition, escarres, dégradation de l'état psychique, …
Description de l'action	Mise en place : - D'un plan de soin personnalisé sur le base d'une évaluation clinique initiale spécifique - d'ateliers de stimulation cognitive (ouverture vers autres ESMS) - d'évaluation individuelle de l'impact thérapeutique des animations - projet spécifique pour l'unité SAMARIE - participation aux travaux sur les thématiques mises en place sur la fondation (EPP, …)
Identification des acteurs à mobiliser	Equipes pluridisciplinaires Service médical Coordonnateurs EPP Plateau technique ARS
Moyens nécessaires	Diffusion des conclusions des EPP (et des préconisations issues des commissions du sanitaire) Appui du service qualité Grille A.V.E.C. ou similaire
Calendrier prévisionnel	Echéance : 2020 et en continu
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Taux de Projet Personnalisé d'Accompagnement intégrant les recommandations des EPP et/ou des commissions (par an et par établissement) Taux de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation clinique initiale spécifique
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°7 Hygiène bucco-dentaire	
Référent (personne ou institution) : Chirurgien dentiste et son assistante, service édical	
Constat du diagnostic	La continuité de soins bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes est difficile à organiser Dépistage et soins chez les personnes avec TSA ou polyhandicap complexe et chronophage requérant une préparation avant la réalisation de la consultation
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Meilleur accès aux soins curatifs et de prévention et meilleure prise en charge des personnes ayant des besoins spécifiques
Description de l'action	Organisation d'un Bilan bucco-dentaire systématique à l'entrée dans l'établissement y compris chez les PA Information, sensibilisation des professionnels de santé sur la santé orale (plaquettes, ateliers, à l'occasion des Journées Hygiène) Sensibilisation de la personne en situation de dépendance et de leurs familles ou entourage Formation et mise en place de « correspondant et référent en hygiène bucco- dentaire » dans les établissements. Développement de la téléconsultation (projet télédent avec CH de Guéret et Limoges pour les autistes)
Identification des acteurs à mobiliser	Centre de santé SVD (Cabinet dentaire) Professionnels de santé (hygiène bucco-dentaire) Usagers et leur entourage Laboratoire autocom Service RH (formation)
Moyens nécessaires	Centre de santé (carte vitale) Augmentation de temps de praticien Formation des référents « établissement » Projet télémédecine avec teledent
Calendrier prévisionnel	Centre de santé : début 2020 Définition du plan de formation : fin 2020 Formations : 2021 Télédent : 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nbre de résidents bénéficiant du bilan à l'admission/ Nbre de personnes admises
Points de vigilance	Acceptabilité par les personnes des soins bucco dentaires
Bonnes pratiques à promouvoir	Présence d'un chirurgien dentiste et d'une assistante dentaire salariés dans le SVD

Fiche Action N°8 Promouvoir la vaccination	
Référent (personne ou institution) : Coordonnateur des soins, IST	
Constat du diagnostic	Méconnaissance du taux de couverture vaccinale réel non obligatoire des professionnels en ESMS (probablement insuffisant) Etat des lieux du statut vaccinal des personnes admises insuffisant
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Augmenter le nombre de professionnels vaccinés : grippe saisonnière,… Assurer un suivi efficient du statut vaccinal des personnes accueillies Mettre à niveau le statut vaccinal des personnes accueillies.
Description de l'action	Participation aux campagnes de Santé Publique <u>Pour le personnel :</u> - Réalisation de campagnes de communication / sensibilisation sur la thématique - Mise à disposition des vaccins grippe saisonnière gratuitement - Vaccination par IST sur validation du médecin du travail - Projet d'intervention du réseau régional <u>Pour les personnes accompagnées :</u> - Recueil de données à l'admission et actions vaccinales nécessaires correspondantes.
Identification des acteurs à mobiliser	Ensemble des professionnels des ESMS SVD Médecine du travail CSE – CSSCT Réseau régional Les personnes accompagnées et leurs représentants légaux (le cas échéant) Les médecins traitants
Moyens nécessaires	Doses vaccinales Supports de communication Réunions d'information
Calendrier prévisionnel	Action en continu
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Augmentation du nb de vaccins remis gratuitement par la PUI annuellement aux professionnels Taux de dossiers à jour sur le suivi vaccinal des résidents
Points de vigilance	Cadre législatif non contraignant pour les professionnels Secret médical et libre choix
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°9 Ouverture des ESMS sur l'environnement (culture, sport, ...)	
Référent (personne ou institution) : Coordonnateur des évènements culture sport santé	
Constat du diagnostic	Multiples initiatives permanentes d'animation, d'évènements festifs, sportifs et culturels intra-institutionnel.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Développer les actions tournées vers l'extérieur Elargir les possibilités d'accueil des personnes extérieures au sein des animations et évènements organisées en intra.
Description de l'action	Création d'un poste de coordonnateur des évènements culture sport santé favorisant : - l'inscription des usagers ESMS SVD aux activités de l'extérieur - l'intégration d'intervenants extérieurs dans des activités internes permanentes : art graphique, musique, théâtre, sport, etc - le développement du sport adapté Ouverture de certaines animations de l'EHPAD au public extérieur.
Identification des acteurs à mobiliser	Professionnels du pôle animation et évènements culturels Partenaires habituels d'un réseau d'artistes diversifiés FFSA Animateur et volontaires EHPAD SSIAD, CIAS,
Moyens nécessaires	Communication adaptée Moyens logistiques Imputation budgétaire partielle du poste de coordonnateur des évènements culture, sport, santé.
Calendrier prévisionnel	Programmation permanente, projection annuelle
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Tableau de bord de fréquentation des activités
Points de vigilance	Ne pas appauvrir l'offre évènementielle mis en place en intra, tout en favorisant l'ouverture sur l'extérieur et en maintenant le lien avec la cité
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°10 positionner l'usager et son entourage au cœur de l'accompagnement	
Référent (personne ou institution) : direction de site, responsable qualité SVD, service RH SVD	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs
Description de l'action	Former les personnes en situation de handicap et les familles, Mettre en place des médiations ou du coaching par les pairs dans les ESMS, Intégrer l'expertise d'usage au sein des formations initiales et continues, Reconnaître et valoriser l'expertise des personnes concernées par un handicap, leurs familles ou les associations qui les représentent. Elaborer des outils de communication à destination des Usagers et de leur représentant (plaquettes CVS , PPSA, etc) Faire participer les RU aux groupes de travail des thématiques relevant de leurs prérogatives (ex : plaquettes de communication, etc)
Identification des acteurs à mobiliser	Membres des CVS Direction des ESMS Service Communication Service Juridique Associations Familles
Moyens nécessaires	Outil de communication Réunions CVS « inter-CVS » site SVD Participation au CDVS 24
Calendrier prévisionnel	Echéance : 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	> Nombre d'actions de médiation ou du coaching mis en place par les pairs dans les ESMS ; > Nombre de formations où les pairs ont été associés ; > Nombre d'actions visant à reconnaître et valoriser l'expertise des personnes (PH, familles et les associations).
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	RBPP

Fiche Action N°11 Promouvoir la bientraitance dans l'accompagnement des personnes gées et/ou handicapées de manière adaptée	
Référent (personne ou institution) : directeur médical / médecin référent par établissement	
Constat du diagnostic	Cartographie des risques de maltraitance démarrée sein des ESMS (outil HAS)
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Structurer la démarche « Bientraitance » de façon pérenne et continue en fonction des publics accueillis et par établissement
Description de l'action	Constitution d'un groupe de travail « BIENTRAITANCE » par parcours Réalisation d'un état des lieux à l'aide de l'outil HAS-e FORAP Suite à l'état des lieux : plan d'actions opérationnel par ESMS Généralisation des grilles GEVA compatibles Renforcement des évaluations fonctionnelles (psychomotricien, ergothérapeute , kinésithérapeute, psychologue) Structurer le partage d'information Deploiement de baromètre Déploiement des groupes d'analyse des pratiques professionnelles
Identification des acteurs à mobiliser	Directions Professionnels terrain Equipes soignantes et éducatives Médecins/ psychomotriciens Service Communication Service RH Service Qualité
Moyens nécessaires	Formations ciblées des professionnels (par parcours) Projet CARMA* pour l'EHPAD Outils de communication Formation baromètre et accompagnement au changement
Calendrier prévisionnel	Echéance : 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nbre d'évaluation des capacités et potentiels/Nbre de personnes accompagnées par parcours Taux de satisfaction des usagers sur la thématique en lien avec la bientraitance

Points de vigilance	Accompagnement des professionnels à modifier certains automatismes lorsqu'ils changent de parcours (savoir faire et savoir etre dans les actions du quotidien pouvant être différent selon public
Bonnes pratiques à promouvoir	Implication des professionnels de façon ludique pouvant apporter une réflexion croisée.

*Chambre de simulation pour AgiR contre la MAltraitance ordinaire

Fiche Action N°12 Renforcer la dynamique qualité/Gestion des risques	
Référent (personne ou institution) : Coordonnateur des soins / Responsable service qualité SVD	
Constat du diagnostic	Les cursus de formation des travailleurs médicaux sociaux et voire des professionnels de santé intègrent peu ou pas le concept d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Soutenir la démarche d'amélioration continue de la culture qualité et de la gestion des risques dans la pratique quotidienne des professionnels.
Description de l'action	Révision de la fiche de signalement des évènements indésirables et simplification du circuit de signalement Réalisation des formations régulières internes sur la thématique Déploiement des analyses et CREX Organisation de la communication descendante Accompagnement à l'appropriation des RBPP Mise en place d'une gestion documentaire facilitante
Identification des acteurs à mobiliser	Directions Professionnels Service Qualité transversal et responsable qualité SVD
Moyens nécessaires	Logiciel métier (GED / FEI) Formations ciblées en intra Outils de communication
Calendrier prévisionnel	Echéance : 2023
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nb d'agents formés en intra (ou Nb de formations réalisées en intra) Evolution du nb d'analyses ou CREX réalisés
Points de vigilance	Déconnection avec les contraintes terrain
Bonnes pratiques à promouvoir	Utilisation de FEI de façon efficiente Analyse CREX

Fiche Action N°13 Structuration de la gestion RH par une GPEC adaptée	
Référent (personne ou institution) : Responsable service RH SVD	
Constat du diagnostic	Actuellement l'analyse des ressources humaines se fait par le suivi des carrières des professionnels, en accompagnant chaque situation individuelle (carrière souvent longue, faible mobilité) avec fiche de postes, entretien professionnel, entretien individuel et plan de formation Les perspectives que dessinent les orientations nationales et régionales notamment concernant les effets du tournant inclusif permettent difficilement l'anticipation globale et l'appréhension des écarts entre les besoins et les ressources : -au niveau de la masse salariale (version quantité), -au niveau de l'anticipation des évolutions métiers / compétences -au niveau de l'attractivité et de la conservation des talents.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Anticiper les évolutions des ressources humaines du Site de la vallée de la Dordogne, en fonction des contraintes légales et financières tout en intégrant les choix stratégiques du Plan Régional de Santé
Description de l'action	Action en deux temps : -Un volet collectif pour • définir en amont l'évolution des métiers, des compétences, • évaluer les effectifs et anticiper les risques d'écarts entre besoins et ressources sur un plan qualitatif et quantitatif. • définir des règles et moyens facilitant l'ajustement. -Un volet individuel pour dans le cadre du parcours professionnel. • définir les potentiels et capacités de chaque professionnels • Accompagner l'adaptation aux nouveaux métiers • Former aux nouvelles compétences
Identification des acteurs à mobiliser	Service RH du SVD Service financier du SVD Directions d'établissements Représentants du personnel Organismes des formations ; OPCO Médecine du travail Progiciel de traitement RH
Moyens nécessaires	Plan de développement des compétences, Poursuite des Campagnes d' Entretiens professionnels outils de collectes et traitement de l'information RH Analyse de l'enquête de satisfaction des professionnels et établissement d'un plan d'action de la QVT (2020)
Calendrier prévisionnel	Echéance : fin 2023

Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Taux de fiches de postes, Nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation Analyse de l'enquête de satisfaction des professionnels et établissement d'un plan d'action de la QVT (2020)
Points de vigilance	Pratiques QVT : adéquation des postes aux nouveaux métiers vigilance sur la charge psychique et physique des professionnels dans les métiers du soin et de l'accompagnement et des nécessaires adaptations aux postes de travail (TMS, PRAPS, OMEGA)
Bonnes pratiques à promouvoir	amélioration continue des conditions de travail et des exigences des métiers du soin et de l'accompagnement dialogue social de qualité.

Fiche Action N°14 Accueil en EHPAD de personnes handicapées vieillissantes avec troubles du comportement	
Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur et directeur de l'EHPAD	
Constat du diagnostic	Le lien entre l'EHPAD Tibériade et le Fondation John ost permet l'admission au sein de cette structure de personnes souffrant de troubles psychiatriques plus ou moins stabilisés. L'absence de formation de certains personnels (4 gardes malades prévus en convention tripartite) et le manque de personnel accompagnant mettent en tension cet accueil.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	- Améliorer l'accueil et l'accompagnement par une prise en charge adaptée - Prévenir au maximum les situations de crises - Garantir un mieux vivre pour l'ensemble des résidents
Description de l'action	- Remplacer au fil de l'eau les Gardes Malades sur le départ par des professionnels plus diplômés. - Former les professionnels en poste aux problématiques des troubles psychiatriques chroniques et spécifiques aux personnes âgées - Renfort de personnel infirmier Réflexion autour du déploiement d'une unité spécifique pour les personnes vieillissantes avec importants troubles du comportement , de type PASA
Identification des acteurs à mobiliser	- Equipes Pluridisciplinaires actuelles - Médecin coordonnateur - Consultations psychiatrie - Ressources humaines - Plan de formation
Moyens nécessaires	- Budget Soin et Dépendance en adéquation avec la demande - Financement de temps infirmier supplémentaire.
Calendrier prévisionnel	Echéance : 2022
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	- Nombre décroissant de Gardes Malades dans l'effectif - Nombre de professionnels formés/ au nombre de professionnels
Points de vigilance	- Intégrer les connaissances acquises en formation dans la pratique quotidienne
Bonnes pratiques à promouvoir	Valider les pratiques par un regard expert (réunions cliniques) RBPP : Accompagnement personnalisé des Résidents concernés

Fiche Action N°15 Participation au déploiement du système d'information de la MDPH et Via Trajectoire	
*Référent (personne ou institution) : Directrice S*SI Transversal et référent via trajectoire SVD	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Participer au déploiement du système d'information de la MDPH et Via Trajectoire
Description de l'action	Alimenter le SI suivi des orientations en lien avec le SI de la MDPH et avec Via Trajectoire
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du système d'information FJ transversal Direction médicale Direction d'établissements
Moyens nécessaires	Projets d'établissement (public cible, référence aux parcours institutionnels
Calendrier prévisionnel	Calendrier à l'appréciation de la MDPH et des autorités de tarification.
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	>Taux de remplissage du SI suivi des orientations (ROR PH et annuaire)
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°16 Amélioration des pratiques d'admission et le suivi des décisions d'orientation	
Référent (personne ou institution) : Directeur édical	
Constat du diagnostic	
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Améliorer les pratiques d'admission et le suivi des décisions d'orientation
Description de l'action	Utiliser le dossier unique et la grille des critères de caractérisation. Participer au déploiement du futur SI de suivi des orientations. Mise en place de procédures d'admission associant les MDPH et autorités de tarification.
Identification des acteurs à mobiliser	ARS MDPH CD24 Coordination médicale du site Directions d'établissements
Moyens nécessaires	
Calendrier prévisionnel	- Dès l'entrée en vigueur du CPOM en 2020 (dossier unique pour tous ESMS et grille de priorisation pour les ITEP) Second semestre 2020 (grille de priorisation des admissions pour tous ESMS)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	>Mise à disposition des usagers du dossier unique d'admission ; >Rendre disponible le dossier unique dans l'ESMS ; >Taux de réponses (admissions ou refus d'admission) prononcées à partir du dossier unique sur le nombre de décision d'admission ; > Utiliser la grille de priorisation pour les admissions à prononcer
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	

Fiche Action N°17 **Prise en compte de l'impact de l'avancée en ge des PH** Soins so atiques/perte autono ie/Qualité des acco pa ne ents/ prévention des risques professionnels	
Référent (personne ou institution) : Direction médicale, Service médical SVD	
Constat du diagnostic	Plus de 50% des personnes accompagnées sur le site ont plus de 50 ans avec des pathologies chroniques, y compris cancers. Ceci se rajoute au handicap favorisant et accélérant la perte d'autonomie et requérant des soins somatiques importants (en moyenne 9 pathologies par personne) Augmentation du nombre de chutes. Accidents du travail en lien avec manutention de personnes en perte d'autonomie. Professionnels insuffisamment formés à l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes. Majoration du nombre de personnes présentant une déambulation nocturne perturbatrice. Nécessité de faire évoluer les organisations architecturales , les matériels ; la domotique, les projets des personnes accueillies.
Objectifs opérationnels (ou spécifique)	Améliorer l'accès au dépistage des pathologies chroniques et évolutives : - certains cancers - troubles alimentaires et dénutrition, - Dépistages des troubles bucco dentaires, - Dépistages des facteurs de risques cardiovasculaires. Evaluation du risque de chute, Identifier les moyens (ex : aides techniques) favorisant l'autonomie des personnes et la réduction des risques professionnels Analyser les besoins évolutifs architecturaux
Description des actions	Formation des professionnels : thématique vieillissement Poursuivre les actions de dépistage des pathologies chroniques y compris des troubles cognitifs . Mise en place de réévaluation annuelle des capacités et potentiels pour réadapter régulièrement les projets de soins et accompagnement . Participation aux EPP mises en place sur le SVD Mise en place de programmes généralistes et spécifiques de prévention du vieillissement (activité physique , maintien et adaptation des activités intérieures et extérieures) Mise en place d'action d'éducation thérapeutique adaptées Centre de santé et télémédecine

Identification des acteurs à mobiliser	Staffs des différentes unités Equipes pluridisciplinaires Service médical Coordonnateurs EPP Services transversaux et services mutualisés
Moyens nécessaires	Diffusion des conclusions des EPP et des préconisations des commissions Appui du service qualité Formation des professionnels Grille A.V.E.C. ou similaire
Calendrier prévisionnel	En continu
Indicateurs d'évaluation du résultat des actions	Taux de personnes de plus de 50 ans ayant fait l'objet d'un dépistage des pathologies chroniques/ nbre d'usagers de plus de 50 ans Nbre d'établissements ayant participé à des EPP sur la thématique de la déambulation nocturne
Points de vigilance	
Bonnes pratiques à promouvoir	Actions d'éducation thérapeutique pour tous Respect de la liberté d'aller et venir

Fiche Action N°18 Epilepsie	
Référent (personne ou institution) : Médecin neurologue - TIM	
Constat du diagnostic	50% (120) des personnes accueillies présentent une épilepsie 30% présentent une épilepsie pharmaco-résistante (avec crises pluri quotidiennes y compris la nuit et risque de mort subite) L'avancée en ge modifie la symptomatologie /les traitements sont à réévaluer. La récupération de résident chuteurs lors de crises est responsable d'un nombre important d'Accidents du travail.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Meilleure identification des crises pour chaque personne Prévenir les crises en identifiant quand c'est possible les facteurs déclenchants Sécuriser la nuit en positionnant une IDE sur le site accueillant les personnes les plus gravement atteintes (polyhandicap)
Description de l'action	Repérage dépistage des signes en lien avec l'épilepsie (fiche nominative). Réévaluation régulière des traitements Identification des risques iatrogènes du fait des traitement au long cours Suivi des personnes (traitements, explorations quand c'est nécessaire) Identification d'un référent épilepsie par ESMS
Identification des acteurs à mobiliser	Médecins Equipes soignantes et éducatives Autres professionnels paramédicaux Familles et entourage
Moyens nécessaires	Formation des professionnels et des familles au repérage de l'épilepsie Matériel de protection des personnes Formation spécifique des IDE pour la réalisation des EEG Mutualisation avec l'ESAP pour la réalisation des EEG et leur interprétation
Calendrier prévisionnel	en continu
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Sur la durée du CPOM Nombre de personnes disposant d'une fiche nominative Nombre de professionnels formés
Points de vigilance	La sécurisation de la nuit
Bonnes pratiques à promouvoir	Cartographie des personnes

Fiche Action N°19 Polyhandicap	
Référent (personne ou institution) :DIRECTEUR MEDICAL /Médecins du parcours/neurologue	
Constat du diagnostic	Personne en situation de polyhandicap avec pathologies somatiques instables requérant explorations et surveillance rapprochée (épilepsie, insuffisance respiratoire , insuffisance cardiaque, troubles de l'alimentation avec gastrostomie, …) Personnes présentant également des troubles du comportement du fait de pathologies somatiques, de douleurs, de troubles psychosensoriels et de troubles autistiques, psychotiques, de difficultés de communication. Familles accueillant leur proche à domicile (week-end, vacances,…) et souhaitant être formées sur certains thèmes tels que l'épilepsie, la douleur, les troubles digestifs,… Expertise des familles à prendre en compte Besoin de renfort IDE la nuit en MAS pour les personnes avec polyhandicap les plus complexes
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Meilleure identification des risques d'aggravation de l'état de santé pour mise en place d'actions de prévention spécifique Former les familles et les professionnels aux outils mis en place Rechercher le bien être des personnes pour améliorer leur qualité de vie
Description de l'action	Organiser les visites sur le lieu de vie des personnes en amont de l'admission Intensifier la surveillance des personnes 24H/24 pour mettre l'adaptation de technologies de surveillance (le déclenchement d'alerte doit pouvoir déclencher l'intervention d'une IDE) Poursuivre les évaluations interdisciplinaires pour mise en place d'actions et dispositifs améliorant la qualité de vie en lien avec le laboratoire autocom Mettre en place des actions de formation des aidants
Identification des acteurs à mobiliser	Médecins Equipes soignantes et éducatives Autres professionnels de santé Familles et entourage Laboratoire autocom MDPH et CNAMTS pour les aides personnalisées Service RH SVD (formation) Associations de bénévoles ARS pour financement postes IDE nuit Ce.F Bergerac

Moyens nécessaires	Formations des aidants voire formations mixtes selon les thèmes et prise en compte de l'accueil de la personne accompagnée pendant la formation des aidants Maintien des aidés dans leur environnement pendant le temps de formation des aidants (CNR) Matériel de test pour développer la communication
Calendrier prévisionnel	En continu pour l'ensemble des actions 2020 pour le renfort IDE (sous réserve de financement)
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	Nombre d'intervention de l'IDE la nuit (suite financement) Nombre d'aidants formés (thématiques retenus par CNSA)
Points de vigilance	La sécurisation la nuit
Bonnes pratiques à promouvoir	Cartographie des risques épileptiques des personnes

ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Années Etablissements /services	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
FAM Bethel Siloé	79 +2 HT*				Sur la base de la réorganisation des parcours et des demandes de modifications des autorisations inhérentes A travailler au cours du CPOM		
FAM La famille	32 +2 HT*						
FAM Château riviere	28 +1HT*						
MAS	130		+40	-60			
MAS HR	40						
EHPAD Tibériade	84 +2 HT*						
Total	400	400	440	380	380	380	380
Poids des services au regard de l'offre global							

HT* : Hébergement temporaire

Deux types de variations sont envisageables en terme de rééquilibrage de l'offre médico-sociale :

- Une augmentation temporaire dans le cadre du transfert de lits sur Bordeaux Talence avec la transformation de 40 lits sanitaires en 40 lits de MAS en 2021 et le transfert de cet ensemble de 60 lits dès 2022 diminuant l'offre MAS de 20 places sur le SVD passage de 400 places initiales à 380 places.

- Une évolution des autorisations est à envisager à partir de 2023 sur la base d'une réorganisation des parcours en tenant compte de la visée inclusive.

ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT Calendrier					COMMENTAIRES
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Fiche1 Coordination parcours : anticipation des ruptures de parcours	> Taux de participation aux GOS (nombre de GOS avec participation / nombre de participation sollicité aux GOS x 100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	> Taux accueil des personnes avec un PAG (nombre de personnes avec un PAG/nombre de places autorisées ou file active X 100)	1%	1,5%	1,5%	2%	2%	2%	
	> Taux de refus d'admission motivé suite à la signature d'un PAG (nombre de refus de PAG motivés/nombre de PAG signés X 100)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	> Nombre de fin de prise en charge / exclusion demandé et validé par la CDAPH	A déterminer	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	
	> Nombre de situations complexes anticipées avec la MDPH	A évaluer 2 fois par an	12	12	10	10	10	
Fiche2 Partenariat HAD : Sécurité et continuité des soins	Nombre de résidents pris en charge par l'HAD par ESMS		X	X	X	X	X	
	Nombre de conventions spécifiques signées dans ce contexte particulier		X	X	X	X	X	

Fiche3 Evolution offre de service : Nouvelle conception de l'offre	> Nombre de partenariats effectifs et actualisés notamment avec l'équipe relais handicap rare, les dispositifs intégrés TSA, les centre ressources experts ; > Nombre d'usagers bénéficiant d'une réponse modulaire / d'un pluri-accompagnement selon son projet de vie ; >Nombre d'adhésions de l'établissement aux groupements de coopération ou autre forme de coopération inter-établissement.	A définir 5 effectifs au 01/01/2020 Evolution au décours du CPOM	X 138 (30%) 5	X 138 (30%) 6	X 130 (30%) 7	X 130 (30%) 8	X 130 (30%) 10	Prise en compte de l'ensemble des : Auxiliaire de vie, séjour de vacances, séjours de rupture
Fiche4 Inclusion : Diversifier l'offre de prise en charge	- Nombre de personnes accompagnées dans ce cadre		-	-	-	X	X	
Fiche5 Nouvelles technologies et autonomie : Liberté d'aller et venir en sécurité	- Nbre d'établissements ayant participé à EPP sur la thématique déambulation nocturne - Nombre de dispositifs mis en place	A évaluer annuellement	X X	X X	X X	X X	X X	interventions du laboratoire autonomie et communication de la fondation John Bost. Intervention ergothérapie
Fiche6 Accompagnement PA Prévention de la perte d'autonomie	- Nombre de Projet Personnalisé d'Accompagnement intégrant les recommandations des EPP et/ou des commissions (par an et par établissement) - Taux de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation clinique initiale spécifique sur le nombre de séjours	Défini une fois par an et par établissement 100% en 2024	100% 80%	100% 85%	100% 90%	100% 95%	100% 100%	Actuellement à 80% sur l'évaluation clinique spécifique l'objectif est 100% en 2024
Fiche7 Hygiène bucco-dentaire : Accès aux soins dentaire (PA-PH)	- Nbre de résidents bénéficiant du bilan à l'admission/ Nbre de personnes admises	100% en 2024	-	-	80%	90%	100%	Sauf refus de la personne accompagnée

Fiche8 Vaccination : Augmenter progressivement la couverture vaccinale globale	- nb de vaccins remis gratuitement par la PUI annuellement aux professionnels - Taux de dossiers à jour sur le suivi vaccinal des résidents	Evalué annuellement (supérieur à 40 : 2019) 100% en 2024	50 -	60 -	60 -	70 100%	70 100%	
Fiche9 Ouverture sur l'environnement Inclusion et accès au droit commun par la culture et le sport	- Tableau de bord de fréquentation des activités		125	135	145	145	150	Licenciés sport adapté (50 à 60 licences) Théatre (14) Chorale (16) Evènementiel (variable)
Fiche10 Aide aux aidants : Accompagnement et soutien	> Nombre d'actions de médiation ou du coaching mis en place par les pairs dans les ESMS ; > Nombre de formations où les pairs ont été associés ; > Nombre d'actions visant à reconnaître et valoriser l'expertise des personnes (PH, familles et les associations).	Evaluer annuellement Evaluer annuellement Evaluer annuellement			X X X	X X X	X X X	Pas de commentaires
Fiche11 Ethique bientraitance : Structurer la démarche de bientraitance	Nbre d'évaluation des capacités et potentiels/Nbre de personnes accompagnées par parcours Taux de satisfaction des usagers sur la thématique en lien avec la bientraitance	90% en 2024 Taux supérieur à 70%	70% -	75% -	80% 75%	85% -	90% 75%	
Fiche12 Management Qualité : Démarche de l'amélioration continue : qualité et gestion des risques	- Nb de professionnels formés à l'outil intraqual / nbre de professionnels (ESMS 24) - Nb d'analyses ou CREX réalisés	75% en 2024	- 4	- 4	- 4	60% 4	75% 4	Réévaluation des formations mises en œuvre en cours de CPOM Réévaluation annuelle au réel

Fiche13 GPEC : Nouvelle gestion RH	Taux de fiches de postes Nbre de personnes ayant bénéficié d'une formation	100%	30% X	50% X	70% X	90% X	100% X	
fiche14 Accueil personnes handicapées vieillissantes : Gestion des troubles du comportement en EHPAD	- Nbre décroissant de Gardes Malades dans l'effectif - Nbre de professionnels formés/ nbre de professionnels	0% dans l'effectif 50%	- -	0% 30%	0% 35%	0% 40%	0% 50%	
Fiche15 Via trajectoire	>Taux de remplissage du SI suivi des orientations (ROR PH et annuaire)	100%						100% dès le mise en œuvre du dispositif.
Fiche16 Orientation et admission : Evolution des pratiques	>Mise à disposition des usagers du dossier unique d'admission ; >Rendre disponible le dossier unique dans l'ESMS ; >Taux de réponses (admissions ou refus d'admission) prononcées à partir du dossier unique sur le nombre de décision d'admission ; > Utiliser la grille de priorisation pour les admissions à prononcer	100% 100% A définir						100% dès le mise en œuvre du dispositif. 100% dès le mise en œuvre du dispositif. 100% dès le mise en œuvre du dispositif. Réévaluation annuelle au réel

Fiche17 Vieillissement et PH : Améliorer l'accès au dépistage des pathologies chroniques et évolutives	- Taux de personnes de plus de 50 ans ayant fait l'objet d'un dépistage des pathologies chroniques/ nbre d'usagers de plus de 50 ans - Nombre d'établissements ayant participé à des EPP sur la thématique de la déambulation nocturne	80% 80%	40% X 6/9	50% X 6/9	60% X 6/8	70% X 7/8	80% X 8/8	
Fiche18 Epilepsie Prévention et gestion des crises comitiales	- Nbre de personnes disposant d'une fiche « évaluation et repérage »/ le nombre de résidents diagnostiqués - Nbre de professionnels formés à l'épilepsie / nbre de professionnels concernés (ESMS24)	100% 90%	75% 70%	80% 75%	90% 80%	95% 85%	100% 90%	
Fiche19 Polyhandicap : Evolution des modes de prises en charges	- Nbre d'intervention de l'IDE la nuit (suite financement des postes) - Nombre d'aidants ayant bénéficié des formations sur la base maquette CNSA / nombre de personnes ciblées	100%	X -	X -	X 50%	X 60%	X 70%	Evaluation à mettre en œuvre dès mise en place du poste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFECTURE DE LA DORDOGNE

DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
Service Personnes Agées
Affaire suivie par A.S.LAVAUD (poste 2834)

LE PREFET DU DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE

Conseil Général de la Dordogne

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SOLIDARITE ET DE LA PREVENTION

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LA DORDOGNE

022042

021293

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Sécurité Sociale ;

VU la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales modifiée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;

VU le décret n° 95-185 du 14 février 1995 modifié relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 12 ;

VU le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;

VU les décrets n° 2001-1084, N° 2001-1085, n° 2001-1086 et n° 2001-1087 du 20 novembre 2001 pris en application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 ;

VU l'arrêté préfectoral en date du 6 juillet 1983 portant la capacité de la maison de retraite de la Fondation John Bost sise à LA FORCE de 40 à 64 lits localisés dans les pavillons "Le Port" et "Le Repos" et autorisant l'extension de la section de cure médicale de 8 à 35 lits ;

VU l'arrêté préfectoral en date du 10 juillet 1987 autorisant l'extension non importante de la section de cure médicale de 35 à 40 lits ;

VU la visite de conformité en date du 23 novembre 1998 autorisant l'extension non importante de la section de cure médicale de 40 à 44 lits ;

VU la décision de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine en date du 22 décembre 2000, accordant à effet du 3 août 2001 le renouvellement d'autorisation de 20 lits de soins de longue durée au sein de la Maison de Santé pour Maladies Mentales "John Bost" à LA FORCE ;

.../...

VU la demande en date du 16 octobre 2002 présentée par Monsieur le directeur de l'établissement "Tibériade" – Fondation John Bost sis à LA FORCE, tendant à la fusion des 20 lits de l'Unité de Soins de Longue Durée avec les 64 lits de la maison de retraite, à une demande d'extension non importante de 2 places d'hébergement temporaire et 2 places d'accueil de jour, permettant la transformation de "Tibériade" en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes pour une capacité totale de 88 lits ;

VU l'avis favorable émis par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale en sa séance du 8 novembre 2002 concernant la fusion des 20 lits de l'Unité de Soins de Longue Durée avec les 64 lits de la maison de retraite ;

CONSIDERANT l'existence de besoins en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur le secteur concerné ;

ARRETENT

Article 1 : La demande de transformation en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes par fusion de l'Unité de Soins de Longue Durée et de la Maison de Retraite, présentée par Monsieur le Directeur de l'établissement "Tibériade" – Fondation John Bost sis à LA FORCE, est autorisée pour une capacité 84 lits d'hébergement permanent.

Article 2 : La présente autorisation vaut habilitation à recevoir 84 bénéficiaires de l'aide sociale du département au niveau de l'hébergement de longue durée.

Article 3 : Par le même arrêté, la capacité totale de la structure est également portée à 88 places par création de :

- 2 places d'hébergement temporaire
- 2 places d'accueil de jour

correspondant à une extension non importante de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Article 4 : La présente autorisation ne prendra effet, conformément aux dispositions de l'article L 313-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles, qu'après la visite de conformité organisée dans les conditions prévues au titre IV du décret n° 95-185 du 14 février 1995.
L'entrée en vigueur du présent arrêté ne sera effective qu'à la date d'effet de la convention tripartite.

Article 5 : Cette décision est susceptible d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Bordeaux dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Article 6 : Monsieur le Secrétaire Général de la préfecture de la Dordogne, Monsieur le Directeur Général des services départementaux, Madame la Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Madame le Directeur Départemental de la Solidarité et de la Prévention et Monsieur le Directeur Général de la Fondation John Bost susvisé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture et du département de la Dordogne et dont une ampliation sera transmise à monsieur le sous-préfet de Bergerac.

Fait à Périgueux, le 02 DEC. 2002

Le Préfet,

Signé : Jacques FRANQUET

Le Président du Conseil Général,

Bernard CAZEAU

Fondation John Bost

Foyer d'Accueil Médicalisé Château Rivière (Bergerac)

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Novembre 2014

SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en oeuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en oeuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

POINTS FORTS	La démarche d'évaluation interne, réalisée avec une volonté participative, a permis d'interroger l'ensemble du projet, de l'organisation et des pratiques de l'établissement. Les documents fournis aux évaluateurs témoignent d'une dynamique d'amélioration, consécutive à la démarche d'évaluation interne, largement engagée. La mise en activité d'un groupe pérenne qui aura pour mission de suivre et soutenir la démarche d'amélioration
POINTS FAIBLES	Certaines parties prenantes n'ont pas véritablement été associées au travail d'exploitation du référentiel : les usagers et leurs familles/tuteurs, les partenaires, le conseil d'administration.
PRECONISATIONS	Les évaluateurs soutiennent le projet de l'équipe de travailler à agréger les autres parties prenantes, pour les questions qui concernent chacune d'entre elles.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

POINTS FORTS	Les RBPP de l'ANESM sont citées en référence à la réalisation de documents comme le projet d'établissement ou en réunions d'équipe.
POINTS FAIBLES	Les RBPP et leur contenu ne sont pas connus des professionnels
PRECONISATIONS	Il est proposé de travailler sur les synthèses de ces RBPP lorsque leurs contenus sont susceptibles d'enrichir les réunions de réflexion thématique ou d'aider à l'élaboration de projets. Il est préconisé de prendre l'habitude de se référer aux RBPP à l'occasion de situations nécessitant un débat interdisciplinaire, ou une réflexion éthique.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en oeuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

POINTS FORTS	Le projet d'établissement a été réalisé dans une démarche participative des professionnels. Son contenu est en conformité avec la RBPP de l'ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement » Il témoigne d'un fort positionnement éthique vis-à-vis de l'usager. Il présente une forme dynamique, en informant sur les perspectives d'évolution architecturale qui témoignent ainsi d'une réflexion de fond sur l'évolution du public, de ses besoins et de ceux des professionnels.
POINTS FAIBLES	Il n'y a pas de chapitre consacré à la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité.
PRECONISATIONS	Pour la rédaction de la prochaine version du PE, réfléchir à une meilleure association des résidents et de leurs familles/tuteurs et partenaires au processus. Consacrer un chapitre à la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

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 ;

POINTS FORTS	La pluridisciplinarité de l'équipe. Sur le plan sanitaire, des ressources internes et externes qui répondent aux besoins des résidents-patients. Des services transversaux qui constituent autant d'aide à la gestion de l'établissement.
POINTS FAIBLES	Le peu de partenariat formalisé avec les dispositifs animation/activités du territoire de Bergerac. Absence de vision de l'évolution des postes budgétaires.

PRECONISATIONS	Développer le partenariat formalisé avec les dispositifs animation/activités du territoire bergeracois. Construire des tableaux de bord pour le suivi de l'évolution des postes budgétaires.

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

POINTS FORTS	Le personnel employé au FAM est qualifié et compétent Une équipe pluridisciplinaire
POINTS FAIBLES	L'effectif fonctionne en flux tendu, les absences de personnel ont un effet désorganisant pour le service Il manque un infirmier dédié à l'établissement
PRECONISATIONS	Envisager l'embauche d'un(e) infirmier(e)

6. Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en oeuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences ;

POINTS FORTS	Des fiches métiers, produites par le siège existent et ont vocation à être complétées par des fiches de postes par établissement. Il existe un protocole agi d'accueil des nouveaux professionnels
POINTS FAIBLES	A l'époque de l'évaluation externe, les fiches de postes, pour l'établissement, n'existent pas
PRECONISATIONS	Formaliser les fiches de postes pour l'établissement

7. Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en oeuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines ;

POINTS FORTS	Il existe un CHSCT, au niveau du site de la Vallée, actif et dont les réunions font l'objet d'une diffusion Le service Qualité Gestion des risques recueille les fiches de signalement des évènements indésirables pour analyse et propositions d'actions d'amélioration
POINTS FAIBLES	L'évaluateur n'a pas eu connaissance du DUERP actualisé
PRECONISATIONS	Actualiser le contenu du DUERP Réfléchir à la définition d'une méthode et production d'outils de mesure de la fatigue professionnelle Réfléchir à répondre à la demande de formation des AS de nuit sur le thème « Faire face à la violence »

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en oeuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

POINTS FORTS	Les rapports d'activité et projet d'établissement fournissent des éléments, analysés annuellement, sur la population accompagnée. L'évaluation de l'évolution de la situation de chaque usager est réalisé de façon continue
POINTS FAIBLES	Il n'y a pas d'évaluation globale annuelle des effets de l'accompagnement sur les situations des personnes accueillies
PRECONISATIONS	Réfléchir au mode d'évaluation globale des effets de l'accompagnement sur les situations des résidents afin de réagir (organisation, pratiques, activités et prestations) en fonction des informations recueillies

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

POINTS FORTS	Le Projet Personnalisé de Soin et d'Accompagnement (PPSA) constitue, de manière cohérente, l'outil central de traduction opérationnelle des objectifs et des missions

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

POINTS FORTS	Le FAM (via la Fondation) a développé un partenariat de qualité avec ses partenaires locaux et régionaux pour l'accompagnement et la prise en charge sanitaire des résidents, et s'ouvre à ses partenaires en proposant des séjours d'accueil temporaires. Le partenariat FAM-SESIP semble bien avoir une influence sur l'assiduité des résidents aux activités de jour Le FAM est organisé pour maintenir le lien des résidents avec leurs familles
POINTS FAIBLES	Le foyer est peu présent dans les activités de loisirs et de culture du Bergeracois
PRECONISATIONS	La présence de résidents dans les activités de loisirs et de culture du territoire permettrait de « désenclaver » le foyer, de contribuer à changer l'image du handicap, et de diffuser l'idée que les personnes en situation de handicap (ou malades stabilisés) ont toute leur place dans la société ordinaire.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

POINTS FORTS	Le SESIP, partenaire interne important de la Fondation, connait bien le projet et le public du FAM Le SESIP a une image positive du travail réalisé au FAM Château Rivière
POINTS FAIBLES	Sur le plan des activités socio-culturelles, compte tenu du peu de partenariat développé sur l'extérieur, le FAM semble peu connu
PRECONISATIONS	Réfléchir au moyen de faire connaître et reconnaître le public reçu et le travail réalisé par l'établissement sur le territoire

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

POINTS FORTS	Le SESIP participe aux réunions d'équipe et apporte son lot d'informations utiles sur la participation des usagers aux activités Les représentants légaux et/ou les familles sont entendus et donc impliqués au cours des phases de formalisation et d'évaluation du PPSA, et tout au long du séjour du résident. L'équipe pluridisciplinaire intègre les éléments qu'ils apportent dans sa réflexion clinique et de projet.
POINTS FAIBLES	Au moment de l'évaluation externe : - les divers éléments du dossier papier, support du PPSA, sont dispatchés en plusieurs lieux -Le contenu de ce dossier papier n'est pas sécurisé, sa consultation (y compris les éléments médicaux) est ouverte à tous...
PRECONISATIONS	Les évaluateurs soutiennent le projet de mise à disposition d'un dossier informatique

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 ;

POINTS FORTS	Une grande journée de fête, ouverte aux partenaires et amis de la Fondation, est organisée annuellement sur le site de la vallée de la Dordogne
POINTS FAIBLES	Sur ce thème, les ressources du territoire sont encore peu mobilisées au quotidien
PRECONISATIONS	Réfléchir au moyen de développer un réseau compétent, sur le territoire, sur la base de conventions

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 ;

POINTS FORTS	Il existe un protocole d'élaboration du Projet Personnalisé de Soin et d'Accompagnement. La consultation de quelques dossiers « papiers » de résidents révèle l'existence, entre autres, d'outils d'évaluation de la situation et de diagnostic des compétences et difficultés (voir le recueil de données générales). Il existe divers outils et méthodes (cahiers, fiches, réunions cliniques et projets) renseignés par l'équipe, dont le contenu pertinent sera intégré au dossier.
POINTS FAIBLES	Au moment de l'évaluation, les divers éléments de ce dossier « papier » ne sont pas tous réunis en un seul lieu mais classés de la façon suivante : • Le dossier résident est rangé à l'infirmerie • Le DSI est rangé à l'infirmerie • Le PPSA est rangé dans le bureau des éducateurs (tous les éléments du PPSA sont regroupés)
PRECONISATIONS	Les évaluateurs soutiennent le projet de mise en service du futur projet informatisé

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.

POINTS FORTS	Les résidents sont associés à la conception de leur projet personnalisé au cours des entretiens qui précèdent la réunion de formalisation Les représentants légaux et/ou les familles sont entendus et donc impliqués au cours des phases de formalisation et d'évaluation du PPSA, et tout au long du séjour du résident.

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 ;

POINTS FORTS	Le PPSA est évalué et actualisé, annuellement et dans son ensemble, après le recueil des souhaits et des besoins des usagers

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

POINTS FORTS	Il est possible, pour les résidents et leurs familles, d'accéder à leurs dossiers complets sur demande faite par un courrier à la direction générale qui retransmet la demande à la direction des services médicaux.

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

POINTS FORTS	Les résidents ont répondu à un questionnaire de satisfaction dont le traitement a été réalisé au siège de la Fondation.
POINTS FAIBLES	Les réponses des résidents ont été remises trop tard pour être incluses aux résultats globaux
PRECONISATIONS	Une analyse de ces réponses peut-être réalisée par l'équipe

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 ;

POINTS FORTS	Il existe un CVS actuellement actif, organisé et fonctionnant dans le respect du CASF. Il existe d'autres formes d'expression collective : réunion quotidienne, commission Menu,... Les représentants des familles sont investis dans cette instance collective.

	La parole des élus des résidents y est prise en compte et des réponses sont apportées à leurs questions.
POINTS FAIBLES	Dans les comptes rendus de réunion du CVS, les statuts et fonctions des personnes présentes ne sont pas toujours clairement indiqués.
PRECONISATIONS	Dans les comptes rendus du CVS, préciser le statut de chacun des présents. Réfléchir à la fonction d'apprentissage, pour les usagers, de la vie démocratique du CVS. En effet, c'est l'idée d'un fonctionnement démocratiquement organisé qui traverse les articles L 311-6 et D 311-3 à 32 du CASF, les participants ont à s'y conduire en citoyens, ce qui demande d'avoir des aptitudes au débat...Certaines fédérations d'associations proposent des formations spécifiques pour les usagers. Inviter un élu de la localité à participer, sur les questions qui peuvent l'intéresser et dont les réponses intéressent le FAM.

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 ;

POINTS FORTS	Les chambres sont individuelles à l'exception d'une chambre double qui n'est pas équipée de rideau de séparation de l'intimité. Il y a possibilité d'aménager son espace avec des effets personnels (éventuellement sur accord de la direction) Les moyens architecturaux et matériels permettent de respecter l'intimité et la vie privée des résidents. Les professionnels frappent à la porte des chambres avant d'être autorisés à y pénétrer
POINTS FAIBLES	Les douches de la partie ancienne du bâtiment ne permettent pas un respect total de l'intimité Le tutoiement des résidents par les professionnels est très répandu La confidentialité des données du dossier papier n'est pas assurée
PRECONISATIONS	Les évaluateurs soutiennent le projet architectural qui, entre autre d'améliorer le respect de l'intimité dans les douches du bâti ancien

	Réfléchir collectivement à la pratique du tutoiement ou du vouvoiement et en écrire la synthèse dans le document adapté (règlement de fonctionnement). Consigner dans le projet personnalisé, l'avis du résident.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

POINTS FORTS	Les évènements indésirables font l'objet d'un recueil harmonisé pour l'ensemble des établissements de la Fondation. Le travail permanent sur la qualité de l'accompagnement constitue un facteur de prévention des risques de maltraitance.
POINTS FAIBLES	Il n'y a pas de véritable réflexion institutionnelle ni de protocole relatif à la prévention et au traitement des situations de maltraitance.
PRECONISATIONS	Le projet d'établissement pourrait consacrer un paragraphe à l'organisation et les pratiques de lutte contre la maltraitance.

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

POINTS FORTS	**Concernant le risque infectieux :** Un CLIN et EOH sont constitués au sein de la Fondation. Un suivi médical régulier du statut vaccinal des résidents est réalisé. **Concernant la douleur :** Il existe une infirmière référente douleur et un programme d'action du CLUD avec un arbre décisionnel dans la prise en charge de

	la douleur. **Concernant les chutes :** Un groupe de prévention de chute est organisé par les kinésithérapeutes. Une analyse des fiches de chutes est réalisée par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. **Concernant le risque nutritionnel:** Une évaluation est systématiquement réalisée à l'entrée, et les résidents sont au moins pesés tous les 21 jours avec suivi médical. Tous les résidents ont un suivi dentaire. **La prise en charge des urgences sanitaires** est organisée avec planification d'astreintes médicales et l'existence d'un pool mobile infirmier **Concernant le risque iatrogène :** Les prescriptions des médecins se font sur logiciel informatique. Il existe des prescriptions anticipées sur les ordonnances individuelles, uniquement administrés après accord du médecin après appel systématique. Les médicaments ne sont pas déconditionnés. Il existe une double vérification des médicaments préparés / ordonnance (cependant pas toujours par du personnel habilité)
POINTS FAIBLES	**Concernant le risque infectieux :** Un relevé systématique des infections GEA IRA n'est pas encore mis en place. Certains cartons DASRI (celui de la salle de soins à côté de l'évier) sont utilisés comme poubelles classiques. **Concernant la douleur :** La douleur est insuffisamment évaluée **Concernant les chutes :** Le risque de chute est insuffisamment évalué

	Concernant le risque cutané : Un protocole « plaies et pansements » conforme aux recommandations n'est pas formalisé. **Concernant le risque nutritionnel:** L'ensemble des professionnels a bénéficié de peu de formation en matière de nutrition, troubles de déglutition et hygiène bucco-dentaire. Les bilans de troubles de déglutition ne sont pas réalisés sur site par l'absence d'une personne ressource formée aux troubles de déglutition. **Concernant les troubles du comportement et de l'humeur :** Aucune procédure formalisée de prévention et gestion de ces troubles, et des professionnels insuffisamment formés aux techniques non médicamenteuses.
PRECONISATIONS	**Concernant le risque infectieux et l'hygiène:** - Procéder à une auto-évaluation du FAM grâce à l'outil proposé par le GREPHH (qui a pour objectif d'accompagner les établissements dans la prévention des infections associées aux soins). Cet outil permet de visualiser les points forts et les points faibles et aide à élaborer un programme d'actions. - Continuer à formaliser les procédures relatives à la maitrise du risque infectieux en établissement médico-social en se référant aux fiches techniques proposées par le CCLIN-ARLIN, et les diffuser aux professionnels (notamment sur la gestion des déchets) : ➢ **Gestion des soins :** « Les antiseptiques » « Précautions complémentaires type gouttelettes (grippe, IRA, coqueluche), air (tuberculose) « Hygiène des résidents » et « Soins d'hygiène bucco-dentaire » «Soins respiratoires-oxygénothérapie », « Aspiration buccale et trachéo-bronchique » « Utilisation des antibiotiques » ➢ **Les vaccinations contre les infections respiratoires** « Vaccination contre les infections respiratoires »

	➢ **Gestion des risques épidémiques** « Gestion des risques épidémiques : gastro-entérite, infection respiratoire aigue, tuberculose pulmonaire » « Prévention et conduite à tenir en cas de grippe » ➢ **Gestion du matériel** : « Entretien des dispositifs médicaux » ➢ **Gestion de l'environnement et des circuits** « Tenue du personnel », « Entretien des locaux », « Hygiène en restauration », « Gestion du linge contaminé», « Gestion de la qualité de l'eau » avec « conduite à tenir devant un cas de légionellose » ou « devant un environnement avec légionelle » - Entreposer les chariots de ménage dans d'autres lieux que les salles de bain communes ou individuelles, même ponctuellement. **Concernant la douleur :** Diffuser à l'ensemble des professionnels « l'arbre décisionnel de la prise en charge de la douleur » et l'appliquer, notamment l'évaluation systématique de la douleur lors de chaque admission et au moins une fois par an chez chaque résident **Concernant les chutes :** Réaliser de manière systématique dès l'entrée un dépistage des risques de chutes (à inclure à la consultation initiale) et lors de l'élaboration ou la réévaluation du projet personnalisé

Hibou Conseil
Audit - Conseil - Evaluation - Formation

N° habilitation ANESM : N° H2013-10-1272

FONDATION JOHN BOST

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

FAM LA FAMILLE

N°FINESS : 24 001 415 9

SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

POINTS FORTS	L'établissement a réalisé son évaluation interne dans l'échéance prévue et a bénéficié de l'appui du service qualité de la Fondation Toutes les catégories professionnelles ont été impliquées dans la démarche Le périmètre de l'évaluation est conforme aux recommandations Le diagnostic et le plan d'action issus de l'évaluation reflètent la réalité de l'établissement et font sens pour ses acteurs Le plan d'action a été réalisé selon les échéances prévues Le plan d'action a fait l'objet d'un suivi semestriel
POINTS FAIBLES	L'implication des professionnels a été correcte compte tenu du contexte mais relativement faible en nombre Les résidents, les familles, et les partenaires n'ont pas été impliqués dans la démarche Les pilotes des actions ne sont pas clairement identifiés
PRECONISATIONS	Assurer un suivi régulier (trimestriel) du plan d'action issu de l'évaluation interne Intégrer dans le plan d'action les préconisations de l'évaluation externe retenues Associer les résidents, les familles et les partenaires pour la prochaine évaluation interne, en se référant à, la recommandation de l'ANESM sur ce sujet

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

POINTS FORTS	Un répertoire des fiches de synthèse a été mis en place suite à l'évaluation interne, disponible dans le bureau de l'équipe Les RBPP sont connues de l'encadrement et servent de référence pour la construction des projets et des procédures Les professionnels impliqués dans l'évaluation interne ont été sensibilisés à l'intérêt des recommandations L'ensemble des professionnels a connaissance des RBPP et la plupart d'entre eux ont lu les synthèses Un véritable travail d'appropriation des RBPP a été mis en place au sein du FAM L'établissement peut s'appuyer sur le service qualité de la Fondation
POINTS FAIBLES	
PRECONISATIONS	Poursuivre l'utilisation des RBPP comme références pour tous les projets à venir Chercher dans les recommandations les éléments de réponses à des situations particulières et difficiles rencontrées par les équipes Envisager la réalisation d'une communication périodique (support A4 par exemple) sur l'actualité de la démarche qualité au FAM Poursuivre et amplifier le travail d'appropriation des RBPP dans le cadre d'un travail d'équipe

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

POINTS FORTS	Un cadre donné par le projet des établissements de la Fondation Le projet d'établissement répond dans son contenu aux critères fixés par le Code de l'action sociale et des familles Les objectifs du projet sont cohérents entre eux répondent aux demandes des usagers, des familles, des autorités locales Le projet d'établissement est connu et approprié par les salariés
POINTS FAIBLES	Le projet d'établissement ne précise pas les modalités de mise en oeuvre du respect des droits des usagers Il ne prévoit pas d'objectifs d'évolution à 5 ans
PRECONISATIONS	Prévoir un avenant pour préciser les modalités de mise en œuvre du respect des droits des usagers

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 ;

POINTS FORTS	Un effectif pluridisciplinaire satisfaisant en quantité et en qualité pour répondre aux besoins des résidents Un partenariat interne à la Fondation dans les domaines de la logistique, des travaux, des finances, de l'informatique, de la qualité/gestion des risques Des locaux confortables et bien adaptés au projet de l'établissement Des petits espaces aménagés dans la zone « jour » qui permettent aux résidents de pouvoir s'isoler du collectif Un territoire d'intervention pourvu de ressources partenariales aussi bien sur le plan sanitaire que sur celui des transports, des services et des activités Une localisation qui favorise les objectifs d'autonomie des résidents
POINTS FAIBLES	La psychologue n'a pas de bureau de consultation dédié.

	La salle à manger commune est juste en taille et un peu bruyante pour 34 résidents Aucune chambre n'offre la possibilité d'une vie de couple.
PRECONISATIONS	

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

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 ;

POINTS FORTS	Un organigramme qui évolue dans la reconnaissance des compétences de chaque profession Un panel de compétences diversifiées mobilisables au sein de la Fondation Un programme de formation adapté Un grand nombre de procédures de travail, notamment sur l'hygiène et les soins Un dispositif de réunions institutionnelles qui assure la communication interne Une bonne traçabilité des décisions
POINTS FAIBLES	Des fiches de poste à finaliser
PRECONISATIONS	Finaliser les fiches de poste pour l'ensemble des professionnels Mettre en place systématiquement les entretiens d'évaluation en y impliquant l'adjoint de direction

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

POINTS FORTS	Des instances de représentation du personnel en place et qui fonctionnent régulièrement au niveau de la Fondation Une institution attentive à la qualité de vie au travail (définition d'une politique, déploiement d'une enquête de satisfaction) Une véritable politique de prévention des accidents du travail mise en place au niveau de la Fondation Une direction du pavillon proche et à l'écoute de l'équipe Une auto-organisation par l'équipe des plannings qui favorise la solidarité entre les professionnels

POINTS FAIBLES	Les indicateurs de risque RH (absentéisme, turn-over) ne font pas l'objet d'un suivi particulier Le DUERP n'a pas été finalisé
PRECONISATIONS	Réaliser le diagnostic de l'établissement sur les risques psychosociaux, et l'intégrer dans le DUERP Evaluer le dispositif Pro Consult pour s'assurer de sa pertinence

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

POINTS FORTS	La Fondation dispose d'outils de pilotage sur la population accompagnée, sur l'activité, et sur les ressources mobilisées Elle cherche à mettre en place des indicateurs sur les effets pour la population accompagnée
POINTS FAIBLES	L'insuffisance des indicateurs épidémiologiques liés aux conséquences du vieillissement de la population accompagnée L'insuffisance des indicateurs permettant d'apprécier les effets de l'accompagnement sur les résidents
PRECONISATIONS	Réaliser une enquête épidémiologique sur les effets liés au vieillissement de la population accompagnée (Fondation) Réfléchir, à partir du logiciel de soins et à l'évaluation des projets individuels, à la mise en place d'indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement (Fondation) Mettre en place un tableau de bord mensuel comportant un certain nombre d'indicateurs-clés permettant de faciliter le pilotage de l'établissement (Fondation)

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

POINTS FORTS	Les objectifs développés dans les projets personnalisés sont cohérents avec les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS dans son projet initial, avec les valeurs et principes d'action de la Fondation, et avec les missions imparties à cette catégorie d'établissements

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

POINTS FORTS	L'inscription des résidents dans l'environnement extérieur est un des principes du projet d'établissement La fondation a développé un certain nombre de partenariats dans le domaine de la santé, notamment avec l'HAD 24 en cas de besoin d'appui à l'accompagnement palliatif L'équipe est vigilante sur la qualité de l'accueil et le respect de leurs résidents lors des consultations médicales extérieures. L'établissement utilise les services du SESIP, partenaire interne à la Fondation, et a également développé un certain nombre de partenariats avec son environnement dans le domaine des activités sportives et culturelles La Fondation a développé toutes sortes de partenariats bilatéraux avec des institutions françaises ou étrangères œuvrant dans le domaine du handicap et de la maladie mentale pour soutenir sa réflexion sur ses missions et ses actions
POINTS FAIBLES	

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

POINTS FORTS	La perception des partenaires est tout à fait positive, aussi bien sur la fluidité du partenariat que sur la perception de la qualité du projet, et sur l'attention et l'écoute dont font preuve les professionnels vis-à-vis des résidents
POINTS FAIBLES	

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

POINTS FORTS	
POINTS FAIBLES	Les interventions de personnes extérieures sont marginales

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 ;

POINTS FORTS	La Fondation dispose d'un service de communication Le FAM accueille régulièrement des stagiaires professionnels et des volontaires internationaux Le projet du FAM est tourné vers l'extérieur, et de nombreux résidents participent à des activités extérieures sportives ou culturelles. Les résidents utilisent les services proches, en autonomie dans la plupart des cas
POINTS FAIBLES	

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 ;

POINTS FORTS	Le projet personnalisé (PPSA) est un principe d'action fondamental affirmé dans le projet des établissements et le FAM peut s'appuyer sur les principes d'action et les outils développés par la Fondation Chaque projet est coordonné par deux coordinateurs de projet désignés parmi tous les membres de l'équipe, y compris les infirmiers L'élaboration du projet s'appuie sur une observation et une évaluation pluridisciplinaire
POINTS FAIBLES	
PRECONISATIONS	Faire figurer systématiquement la fonction du rédacteur dans les écrits

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

POINTS FORTS	Le résident est associé à l'élaboration et à l'actualisation de son projet Un questionnaire de satisfaction adapté, inclus dans la trame du PPSA, contribue à l'orienter
POINTS FAIBLES	La difficulté de mobiliser les familles/tuteurs pour l'élaboration du PPSA Le résident n'est pas partie prenante des réunions de synthèse le concernant
PRECONISATIONS	Envisager la participation du résident aux réunions le concernant, par exemple en le conviant à l'issue de l'examen de sa situation par l'équipe pluridisciplinaire.

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 ;

POINTS FORTS	Le projet d'établissement prévoit des modalités d'actualisation des projets individualisés La trame du projet prévoit une évaluation des actions mises en œuvre par le résident et par l'équipe ainsi qu'un questionnaire de satisfaction annuel Les PPSA sont actualisés tous les ans
POINTS FAIBLES	
PRECONISATIONS	

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

POINTS FORTS	Il existe une procédure précise pour tout ce qui concerne la constitution, le stockage, l'accessibilité du dossier des résidents Le résident est informé de son droit d'accès à son dossier et des modalités d'exercice de ce droit
POINTS FAIBLES	Les écrits ne sont pas systématiquement datés et identifiés
PRECONISATIONS	Dater et identifier systématiquement tous les écrits professionnels figurant dans le dossier d'accompagnement

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

POINTS FORTS	L'existence d'une procédure d'admission et d'accueil du résident Le respect des rythmes de vie des résidents Un programme d'activités et d'animation très diversifié, en interne et sur le plateau Une qualité alimentaire remarquable Un accompagnement à la santé bien organisé qui implique la totalité de l'équipe pluridisciplinaire Une promotion à la santé en place mais encore à développer sur certains axes (hygiène buccodentaire, tabagisme)

	La mise en place des instances ressources au niveau de la Fondation (CLUD, CLIN, CLAN, Commission de coordination gériatrique, COMEDIS) et de référent de ces instances au sein du FAM Une organisation très sécurisante pour la nuit Un dispositif d'enquête de satisfaction systématique tous les deux ans Une liberté de parole constatée
POINTS FAIBLES	Un nouveau protocole de vérification et traçabilité de l'administration des traitements « au pied du malade » qui demande une concentration importante aux IDE. Un livret thérapeutique trop limitatif pour optimiser les traitements médicamenteux des résidents L'information des résidents sur les modalités de recueil des plaintes et réclamations
PRECONISATIONS	Etre vigilant pour la prise en compte de la parole de chacun, aussi bien au niveau des résidents que des professionnels Mieux informer les résidents sur les modalités de recueil des plaintes et réclamations Organiser la présence d'un accompagnant « fil rouge », disponible tout le long de la journée pour limiter les errances ou répondre aux demandes urgentes des résidents de façon à prévenir les changements d'humeur Une réflexion à mener pour la mise en place d'actions visant à améliorer l'hygiène buccodentaire Mener une réflexion pour faciliter la distribution des traitements au calme Faire évoluer le livret thérapeutique en tenant compte des demandes des médecins généralistes de la Fondation

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 ;

POINTS FORTS	Le conseil de vie sociale est en place et fonctionne de manière régulière Le directeur de site, un administrateur, et un représentant de la mairie sont régulièrement présents Les réunions sont préparées en amont par les représentants des résidents accompagnés par les professionnels Les résidents ont la possibilité de s'exprimer sur leurs préoccupations et des réponses sont apportées à leurs questionnements

	La Fondation envisage de réunir les présidents de CVS de tous ses établissements et d'organiser annuellement une journée de formation-réflexion pour l'ensemble des membres des CVS En dehors du CVS a été mis en place un dispositif de réunions qui permet aux résidents de s'exprimer collectivement dans de bonnes conditions
POINTS FAIBLES	Le CVS reste majoritairement un outil de communication descendante de la Fondation et de la direction du FAM vers les résidents et les familles Les décisions prises sur les demandes des résidents ne sont pas tracées
PRECONISATIONS	Aller le plus loin possible dans la maîtrise du CVS par les résidents eux-mêmes, et à défaut par les représentants des familles Un tableau de suivi des demandes des résidents et des réponses de l'institution pourrait être annexé aux comptes rendus des CVS Une action de sensibilisation des familles sur le rôle des CVS pourrait être envisagé (Fondation) Concrétiser le projet d'une réunion annuelle des présidents de CVS et d'une formation-réflexion des membres du CVS (Fondation)

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 ;

POINTS FORTS	Les documents d'information sur les droits ont été actualisés et sont remis systématiquement et expliqués aux résidents Le respect des droits fondamentaux des résidents est une valeur affirmée de la Fondation Le consentement est systématiquement recherché, en fonction des capacités de communication des résidents L'intimité et la dignité des résidents est globalement respectée L'équipe est en réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour le recueil des directives anticipées La Fondation a mis en place un Comité d'éthique, et un espace éthique pour les établissements du site de la vallée de la Dordogne doit être mis en place
POINTS FAIBLES	La connaissance des droits des usagers par les salariés a été relevé comme un point faible dans le cadre de l'évaluation interne. Les supports d'information ne sont pas particulièrement adaptés aux capacités de compréhension et de communication des résidents

	Certains droits font l'objet de restrictions : il n'est pas possible d'installer une télévision dans la chambre, l'accès aux chambres est limité et soumis à l'avis du médecin (disposition commune aux établissements de la Fondation), les sorties sont « réglementées » Le droit à une vie sexuelle pour les résidents n'a pas été suffisamment investi
PRECONISATIONS	Engager la formation collective sur la connaissance des droits des usager par les salariés Adapter les supports d'information des résidents sur leurs droits à leurs capacités de compréhension et de communication Réinterroger les modalités de mise en œuvre du droit d'aller et venir (avec un débat en CVS) et les inscrire par avenant au projet d'établissement Réécrire l'article 4.2.9 du règlement de fonctionnement (alinéa 4) sur les sorties de courte durée Réinterroger les dispositions relatives à la télévision dans les chambres Réinterroger les dispositions relatives à l'accès aux lieux privés des résidents Réfléchir à des modalités de prise en compte du droit des résidents à une vie affective et sexuelle, et l'intégrer par avenant au projet d'établissement Evaluer le règlement de fonctionnement

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise…) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

POINTS FORTS	Un recueil des événements indésirables est organisé dans l'établissement et fait l'objet d'une procédure Les professionnels se sont bien approprié l'outil de recueil Un accusé réception est systématiquement transmis au déclarant Une procédure et une fiche spécifique de recueil des signalements de maltraitance a été mise en place La formation sur la bientraitance est inscrite dans les priorités du plan de formation de la Fondation pour 2012/2014 et de l'établissement pour 2015
POINTS FAIBLES	Les fiches de signalement d'événements indésirables sur le circuit du médicament sont adressées à la PUI et pas au service qualité Le système est très peu utilisé pour ce qui concerne les actes de maltraitance (professionnel envers un usager) Les formations réalisées sont plus axées sur la promotion de la bientraitance que sur la lutte contre la maltraitance

PRECONISATIONS	Réintégrer les fiches de signalement d'événements indésirables sur le circuit du médicament, dans la procédure classique de gestion des EI

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

POINTS FORTS	Un système de permanence et d'astreinte permettant d'assurer la sécurité en dehors des « heures ouvrables » Des moyens mis en œuvre pour assurer la sécurité des usagers (incendie, alimentaire, risque de rupture énergétique, risque canicule, risque légionnelle) Une urgence sanitaire organisée et sécure Un protocole de repérage des troubles de la nutrition Une organisation de la prévention et de la prise en charge de la douleur avec une recherche d'alternative à la prise en charge médicamenteuse de la douleur somatique. Un circuit du médicament protocolisé et sécure Une équipe d'accompagnement impliquée dans l'aide à la prise médicamenteuse.
POINTS FAIBLES	Un protocole d'administration lourd pour les infirmiers
PRECONISATIONS	Développer un outil qui fait consensus pour l'évaluation de la douleur Définir un temps ou un lieu dédié qui permette une administration médicamenteuse plus sereine

Hibou Conseil
Audit - Conseil - Evaluation - Formation

N° habilitation ANESM : N° H2013-10-1272

FONDATION JOHN BOST

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

FAM BETHEL ET SILOE

N°FINESS : 24 000 355 8

SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

POINTS FORTS	Malgré un contexte difficile, l'établissement a réalisé son évaluation interne dans l'échéance prévue Toutes les catégories professionnelles ont été impliquées dans la démarche Le périmètre de l'évaluation est conforme aux recommandations Le diagnostic et le plan d'action issus de l'évaluation reflètent la réalité de l'établissement et font sens pour ses acteurs La formalisation du plan d'action en permet le suivi
POINTS FAIBLES	Les délais de réalisation effective de l'évaluation interne étaient trop courts (moins de 4 mois) L'implication des professionnels a été correcte compte tenu du contexte mais relativement faible en nombre Les résidents, les familles, et les partenaires n'ont pas été impliqués dans la démarche, à l'exception d'un tuteur institutionnel L'articulation entre le plan d'action global de la Fondation et le plan d'action spécifique du pavillon n'est pas très lisible. La mise en œuvre du plan d'action a été retardée par rapport aux échéances prévues
PRECONISATIONS	Mieux accompagner les animateurs des groupes de travail pour la mise en œuvre du plan d'action Réfléchir à une communication adaptée autour du suivi de la mise en œuvre du plan d'action qualité afin que ses objectifs soient réellement appropriés par tous les acteurs et que ce plan constitue une feuille de route partagée Associer les résidents, les familles et les partenaires pour la prochaine évaluation interne, en se référant à, la recommandation de l'ANESM sur ce sujet

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

POINTS FORTS	Les synthèses des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont disponibles dans un local professionnel Les RBPP sont connues de l'encadrement et servent de référence pour la construction des projets et des procédures Les professionnels impliqués dans l'évaluation interne ont été sensibilisés à l'intérêt des recommandations L'établissement peut s'appuyer sur le service qualité de la Fondation
POINTS FAIBLES	Leur existence est connue de la plupart des professionnels travaillant auprès des résidents, mais leur appropriation est difficile Il n'y a pas de véritable stratégie d'appropriation des RBPP par les équipes
PRECONISATIONS	Poursuivre l'utilisation des RBPP comme références pour tous les projets à venir Définir des modalités d'appropriation des recommandations essentielles Chercher dans les recommandations les éléments de réponses à des situations particulières et difficiles rencontrées par les équipes Envisager la réalisation d'une communication périodique (support A4 par exemple) sur l'actualité de la démarche qualité

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

POINTS FORTS	Un cadre donné par le projet des établissements de la Fondation Le plan d'action qualité priorise l'élaboration d'un projet d'établissement Une démarche de projet, qui se réfère pour la méthodologie et le contenu, à la recommandation de l'ANESM (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service), et impliquant un grand nombre de professionnels, a été initiée dans ce but
POINTS FAIBLES	Cette démarche ne semble pas prévoir l'implication des autres parties prenantes, en dehors des professionnels
PRECONISATIONS	La rédaction d'un projet d'établissement fixant les principes d'action doit être effectivement considérée comme un objectif prioritaire Son élaboration doit cependant continuer à rechercher l'association de l'ensemble des parties prenantes

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 ;

POINTS FORTS	Un effectif pluridisciplinaire correspondant aux besoins des résidents Une situation budgétaire globalement maitrisée Un partenariat interne à la Fondation dans les domaines de la logistique, des travaux, des finances, de l'informatique, de la qualité/gestion des risques Un territoire d'intervention pourvu de ressources partenariales aussi bien sur le plan sanitaire que sur celui de l'accompagnement et des activités
POINTS FAIBLES	Des locaux isolés et ne correspondant plus aux normes de confort attendues Des charges de structures en augmentation malgré les efforts de maitrise.

	L'absence de perspectives d'investissement sur site pour améliorer les conditions d'accueil (l'abandon du site n'est prévu que dans 9 ans !)
PRECONISATIONS	Pas de préconisation, compte tenu des perspectives affichées

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

POINTS FORTS	Un organigramme clair et qui évolue dans la reconnaissance des compétences de chaque profession Un panel de compétences diversifiées mobilisables au sein de la Fondation
POINTS FAIBLES	Des fiches de poste à finaliser (l'équipe du FAM est tributaire de l'avancement de ce travail au niveau institutionnel de la Fondation)
PRECONISATIONS	Finaliser les fiches de poste pour l'ensemble des professionnels

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 ;

POINTS FORTS	Un programme de formation adapté Un grand nombre de procédures de travail, notamment sur l'hygiène et les soins
POINTS FAIBLES	L'absence de protocole d'accueil pour les nouveaux professionnels (y compris remplaçants) Des outils de communication interne pas totalement satisfaisants L'absence d'entretiens d'évaluation (mis en place prévue en principe en 2017)
PRECONISATIONS	Mettre en place systématiquement les entretiens d'évaluation en y impliquant les adjoints de direction Concevoir un livret d'accueil du remplaçant spécifique par métier et par pavillon en collaboration avec DMS 24.

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 ;

POINTS FORTS	Les instances de représentation du personnel sont en place et fonctionnent régulièrement L'institution est attentive à la qualité de vie au travail (définition d'une politique, déploiement d'une enquête de satisfaction) L'institution a développé un véritable politique de prévention des accidents du travail Une expérimentation d'analyse des pratiques avec un intervenant externe va être mise en place
POINTS FAIBLES	Les indicateurs de risque RH (absentéisme, turn-over) ne font pas l'objet d'un suivi particulier Un taux d'absentéisme élevé et le turn-over des personnels qu'il entraîne, préjudiciable à la qualité de l'accompagnement
PRECONISATIONS	Analyser les causes de l'absentéisme Réaliser le diagnostic de l'établissement sur les risques psychosociaux, et l'intégrer dans le DUERP Evaluer le dispositif Pro Consult pour s'assurer de sa pertinence

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

POINTS FORTS	La Fondation dispose d'outils de pilotage sur la population accompagnée, sur l'activité, et sur les ressources mobilisées Elle cherche à mettre en place des indicateurs sur les effets pour la population accompagnée
POINTS FAIBLES	L'insuffisance des indicateurs épidémiologiques liés aux conséquences du vieillissement de la population accompagnée L'insuffisance des indicateurs permettant d'apprécier les effets de l'accompagnement sur les résidents
PRECONISATIONS	Réaliser une enquête épidémiologique sur les effets liés au vieillissement de la population accompagnée (Fondation) Réfléchir, à partir du logiciel de soins et à l'évaluation des projets individuels, à la mise en place d'indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement (Fondation) Mettre en place un tableau de bord mensuel comportant un certain nombre d'indicateurs-clés permettant de faciliter le pilotage de l'établissement (Fondation)

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

POINTS FORTS	Les objectifs développés dans les projets personnalisés (PPSA)sont tout à fait cohérents avec les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement et la Fondation et les missions qui leur sont imparties

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

POINTS FORTS	L'établissement et la Fondation ont développé des partenariats avec des établissements de santé, des médecins et professionnels paramédicaux libéraux. L'établissement a développé un certain nombre de partenariats avec son environnement dans le domaine du sport L'ouverture vers l'extérieur est un des objectifs du plan d'action La Fondation a développé toutes sortes de partenariats bilatéraux avec des institutions françaises ou étrangères œuvrant dans le domaine du handicap et de la maladie mentale pour soutenir sa réflexion sur ses missions et ses actions
POINTS FAIBLES	La difficulté à établir des partenariats avec les orthophonistes libéraux et de trouver des financements pour cette prise en charge.
PRECONISATIONS	Lutter contre les discriminations faites aux résidents à l'extérieur dans le cadre du droit à la protection (signalement systématique des discriminations). Rechercher des partenariats avec des orthophonistes libéraux, dans la mesure où un financement est possible.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

POINTS FORTS	La perception des partenaires est tout à fait positive, notamment sur l'attention et l'écoute dont font preuve les professionnels vis-à-vis des résident
POINTS FAIBLES	

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

POINTS FORTS	L'établissement accueille des bénévoles qui gèrent ou participent aux activités Le bénévolat est encadré par une convention et une charte L'analyse des pratiques par une intervenante extérieure constitue une réelle ouverture
POINTS FAIBLES	Les interventions de personnes extérieures sont relativement rares
PRECONISATIONS	Réfléchir à la possibilité de développer des partenariats pour des interventions de personnes extérieures

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 ;

POINTS FORTS	La Fondation dispose d'un service de communication Le FAM accueille régulièrement des stagiaires français et étrangers en formation. Malgré les contraintes liées à la localisation de la structure, le FAM organise un nombre important de sorties de loisir à l'extérieur.
POINTS FAIBLES	Les sorties des résidents sont néanmoins limitées par les contraintes liées à la localisation de la structure

	Elles sont également limitées par les handicaps, les pathologies et le vieillissement des personnes accueillies, ainsi que par les moyens d'accompagnement professionnels et matériels disponibles.
PRECONISATIONS	

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 ;

POINTS FORTS	Le projet personnalisé est un principe d'action fondamental affirmé dans le projet des établissements et le FAM peut s'appuyer sur les principes d'action et les outils développés par la Fondation Le FAM est en réflexion active sur le contenu et les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé
POINTS FAIBLES	Tous les écrits ne mentionnent pas la date et l'auteur des observations
PRECONISATIONS	Insérer systématiquement la date, le nom et la fonction de l'auteur des observations dans le PPSA

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.

POINTS FORTS	Le résident est associé à l'élaboration et à l'actualisation de son projet et le tuteur est théoriquement partenaire du projet Un questionnaire de satisfaction adapté, inclus dans la trame du PPSA contribue à l'orienter Un système de référents est organisé qui permet d'assurer la continuité de la mise en œuvre du PPSA La mise en œuvre du PPSA est garantie par trois niveaux complémentaires : référent, coordonnateur (ES), garant (adjoint de direction)

POINTS FAIBLES	La difficulté de mobiliser les tuteurs pour l'élaboration du PPSA (les tuteurs sont sollicités, mais ne sont pas toujours disponibles) Le résident n'est pas directement partie prenante des réunions de réactualisation du PPSA le concernant (Il est consulté avant, et un retour lui est fait après, par le référent)
PRECONISATIONS	Une formalisation du retour de la réactualisation du PPSA au résident est nécessaire, selon des modalités à ajuster au cas par cas, en fonction de ses capacités de compréhension. Pour certains, envisager la participation du résident aux réunions le concernant, par exemple en le conviant à l'issue de l'examen de sa situation par l'équipe pluridisciplinaire.

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 ;

POINTS FORTS	Le projet d'établissement prévoit des modalités d'actualisation des projets individualisés La trame du projet prévoit une évaluation des actions mises en œuvre par le résident et par l'équipe ainsi qu'un questionnaire de satisfaction annuel Une réflexion est en cours sur une évaluation d'ensemble des PPSA dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement
POINTS FAIBLES	
PRECONISATIONS	

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

POINTS FORTS	Il existe une procédure précise pour tout ce qui concerne la constitution, le stockage, l'accessibilité du dossier des résidents Le résident est informé de son droit d'accès à son dossier et des modalités d'exercice de ce droit
POINTS FAIBLES	Les écrits ne sont pas systématiquement datés et identifiés
PRECONISATIONS	Dater et identifier systématiquement tous les écrits professionnels figurant dans le dossier d'accompagnement. Réfléchir sur le rôle de l'infirmerie dans la gestion administrative (dossier et permanence téléphonique).

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

POINTS FORTS	Un dispositif d'enquête de satisfaction systématique tous les deux ans Une liberté de parole et de mouvements constatée Les plaintes sont peu nombreuses et traitées, selon le cas par le directeur, ou évoquées en CVS L'existence d'une procédure d'admission et d'accueil du résident Un programme d'activités et d'animation très diversifié. Une offre souple d'activité qui fait du lien sur le site du Bourg d'Abren La mise en place des instances ressources au niveau de la Fondation (CLUD, CLIN, CLAN, Commission de coordination gériatrique, COMEDIS). Un accompagnement à la santé et une promotion de la santé organisés et complets. Des équipes de nuit constitués d'aides-soignants formés au travail de nuit, impliqués et respectueux du sommeil des résidents.
POINTS FAIBLES	Des outils de communication non verbale peu développés L'enquête de satisfaction n'est pas adaptée aux capacités de communication des résidents Une scission entre les deux pôles de l'accompagnement à la santé (Educatif/Soin) Les psychologues ne sont pas impliqués dans la procédure d'admission et n'ont pas de relation avec l'infirmerie. Des locaux équipés de détecteurs de mouvements, pour la surveillance de nuit, positionnés de façon inefficace.
PRECONISATIONS	Adapter l'enquête de satisfaction aux capacités de communication des résidents (Fondation) Développer la formation et l'utilisation des outils de communication non verbale (Makaton, langage des signes, pictogrammes,….) Le nécessaire aboutissement du binôme ES/IDE, avec décloisonnement des rôles et une coordination renforcée sur l'accompagnement à la santé Elaborer une fiche de poste pour la psychologue qui redéfinit sa place dans la structure (personne ressource, formateur interne sur la psychopathologie,..)

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 ;

POINTS FORTS	Le conseil de vie sociale est en place et fonctionne de manière régulière, les élections ont été organisées par les moniteurs d'atelier. Le directeur de site est régulièrement présent Les sujets évoqués correspondent aux préoccupations des résidents et des familles et des réponses sont apportées à leurs questionnements Les comptes rendus sont affichés dans le couloir d'entrée de l'établissement La Fondation envisage de réunir les présidents de CVS de tous ses établissements et d'organiser une journée de formation-réflexion pour l'ensemble des membres des CVS En dehors du CVS a été mis en place un dispositif de rencontres qui permet aux résidents de s'exprimer collectivement dans de bonnes conditions
POINTS FAIBLES	L'ordre du jour du CVS est établi par le seul directeur de pavillon Les résidents, les familles et proches non membres du CVS connaissent assez mal cette instance Les familles n'ont pas suffisamment de moyens pour communiquer entre elles pour préparer les réunions du CVS
PRECONISATIONS	Mettre en place, si cela n'est déjà fait, la boîte mail dédiée au lien entre les familles et leurs représentants au CVS afin de recueillir leurs préoccupations pour alimenter l'ordre du jour du CVS Concrétiser le projet d'une réunion des présidents de CVS et d'une formation-réflexion des membres du CVS

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 ;

POINTS FORTS	Les documents d'information sur les droits ont été actualisés et sont remis systématiquement et expliqués aux résidents Le respect des droits fondamentaux des résidents est une valeur affirmée de la Fondation Le consentement est systématiquement recherché, en fonction des capacités de communication des résidents Le « paradoxe » entre le droit à la liberté de circulation et les exigences de sécurité est réinterrogé en permanence. L'isolement ou l'utilisation de la contention qu'elle soit chimique ou physique est très encadré et sécurisé. Les professionnels adaptent leur pratique au respect des critères d'intimité dans les limites des contraintes architecturales La Fondation a mis en place un Comité d'éthique, et un espace éthique pour les établissements du site de la vallée de la Dordogne doit être mis en place
POINTS FAIBLES	Les supports d'information ne sont pas particulièrement adaptés aux capacités de compréhension et de communication des résidents L'information des salariés, notamment les nouveaux arrivants et les remplaçants, sur les droits des usagers est perfectible. L'information sur la liberté de choix de son médecin n'est pas mentionnée sur le livret d'accueil, ni le règlement de fonctionnement. La configuration des locaux ne favorise pas le respect de l'intimité des résidents Le droit à une vie sexuelle pour les résidents, même s'il est reconnu et respecté, n'a pas été suffisamment investi
PRECONISATIONS	Adapter les supports d'information des résidents sur leurs droits à leurs capacités de compréhension et de communication Améliorer l'information des salariés sur les droits des usagers, notamment des nouveaux arrivants et des remplaçants ponctuels Préciser les modalités de consultation de médecins ou intervenants libéraux extérieurs au résident ou à sa famille. Réfléchir à la mise en place d'une information sur la sexualité et la contraception adaptée à la population du FAM Béthel Siloé Evaluer le règlement de fonctionnement

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

POINTS FORTS	Un recueil des événements indésirables est organisé dans l'établissement et fait l'objet d'une procédure Un accusé réception est systématiquement transmis au déclarant Une procédure et une fiche spécifique de recueil des signalements de maltraitance a été mise en place La formation sur la bientraitance est inscrite dans les priorités du plan de formation de la Fondation pour 2012/2014 et de l'établissement pour 2015. L'autonomie des résidents est évaluée chaque trimestre.
POINTS FAIBLES	La définition des événements indésirables justifiant leur déclaration est sujet à controverse Le système est très peu utilisé pour ce qui concerne les actes de maltraitance (professionnel envers un usager) Les formations réalisées sont plus axées sur la promotion de la bientraitance que sur la lutte contre la maltraitance La formation sur la maltraitance n'a pas été effective en 2015 malgré les demandes des professionnels. Le plan d'action sur le thème de la prévention de la maltraitance (en dehors de l'analyse des pratiques) est peu avancé
PRECONISATIONS	Réactiver la formation sur la prévention de la maltraitance

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

POINTS FORTS	Un système de permanence et d'astreinte permettant d'assurer la sécurité en dehors des « heures ouvrables » La sécurité des usagers (incendie, alimentaire, le risque de rupture énergétique, le risque canicule) est assurée. Le retour sur la qualité alimentaire est organisé et pris en compte (commission repas et diététicienne) La gestion du risque infectieux est organisée et le risque maitrisé. La gestion du risque iatrogène est organisée et le risque maitrisé.

	Les équipes sont attentives à la prévention des chutes, à la préservation de l'autonomie, aux troubles cognitifs. Les troubles cognitifs sont systématiquement évalués à l'admission
POINTS FAIBLES	L'évaluation et la prise en charge de la douleur ne sont pas encore maximales Les protocoles de dispensation pour les produits pharmaceutiques non concernés par le décret du 31/03/1999, restent complexes et chronophages pour les IDE. Malgré la diffusion par la direction du cadre réglementaire de l'aide à la prise médicamenteuse, peu de professionnels sont impliqués dans cette démarche qui reste à la charge des IDE. Les protocoles d'accompagnement à la santé (en particulier la prise en charge médicamenteuse) sont ceux d'un établissement de santé (lieu de passage qu'il soit de cour, moyens ou long séjour) et non ceux d'un établissement médicosocial (lieu de vie).
PRECONISATIONS	Impliquer l'ensemble des acteurs dans une prise en charge globale de la santé, sans clivage entre les soins et l'éducatif. Adapter les protocoles de dispensation à la quotité d'IDE présente dans un établissement médico-social Impliquer l'ensemble des professionnels accompagnants dans l'aide à la prise médicamenteuse. Améliorer la détection et la prise en charge de la douleur au sein du FAM en recherchant des modes opératoires de prise en charge qui soient consensuels pour l'ensemble des acteurs (CLUD, médecins, pharmaciens, infirmiers, soignants).

Hibou Conseil
Audit - Conseil - Evaluation - Formation

N° habilitation ANESM : N° H2013-10-1272

FONDATION JOHN BOST

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

EHPAD TIBERIADE – LA FORCE

N°FINESS : 24 000 026 5

SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

POINTS FORTS	Malgré un contexte difficile, l'établissement a réalisé son évaluation interne dans l'échéance prévue Toutes les catégories professionnelles ont été impliquées dans la démarche Le périmètre de l'évaluation est conforme aux recommandations Le diagnostic et le plan d'action issus de l'évaluation reflètent la réalité de l'établissement et font sens pour ses acteurs Le plan d'action est engagé à plus de 50% et suivi dans le cadre d'un comité mensuel représentatif
POINTS FAIBLES	L'implication des professionnels et des résidents a été relativement faible en nombre Certaines actions sont en fait des objectifs et gagneraient à être précisées Les pilotes de certaines actions sont des instances et ne sont pas nommément désignés Le plan d'action et ses modalités de suivi ne sont pas suffisamment connus des équipes
PRECONISATIONS	Préciser certaines actions du plan et désigner clairement une fonction pour piloter chacune d'entre elles Réfléchir à une communication adaptée autour de la mise en œuvre du plan d'action qualité afin que ses objectifs soient réellement partagés par tous les acteurs

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

POINTS FORTS	A la suite d'un travail institutionnel, les recommandations de bonne pratique professionnelles sont régulièrement diffusées dans l'établissement Des livrets de recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont facilement accessibles aux professionnels Les RBPP sont connues de l'encadrement et un travail d'appropriation auprès des équipes a été initié notamment par le cadre infirmier Les professionnels impliqués dans l'évaluation interne ont été particulièrement sensibilisés à l'intérêt des recommandations
POINTS FAIBLES	Le plan d'action qualité ne prévoit pas de stratégie d'appropriation des RBPP
PRECONISATIONS	Poursuivre la diffusion régulière des recommandations de bonnes pratiques lors des réunions d'équipe Utiliser les RBPP comme références pour tous les projets Chercher dans les recommandations les éléments de réponses à des cas spécifiques

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

POINTS FORTS	Un cadre de projet donné par le projet des établissements de la Fondation Le plan d'action qualité priorise la rédaction d'un projet d'établissement
POINTS FAIBLES	Un projet d'établissement ancien, obsolète, et non homogène (en deux parties : projet de vie et projet de soins) L'échéancier du nouveau projet paraît inadapté
PRECONISATIONS	La rédaction d'un projet d'établissement fixant les principes d'action de l'EHPAD doit être effectivement considérée comme un objectif prioritaire

	Son élaboration doit cependant prendre le temps nécessaire à une démarche de projet associant l'ensemble des parties prenantes, et il est donc préconisé de reporter l'échéance de sa rédaction et de le mettre en route sans tarder (les projets d'unité devront s'inscrire dans le projet d'établissement) Pour la méthodologie et le contenu, il est préconisé de se référer à la recommandation de l'ANESM : Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010), en respectant le cadre fixé par la Fondation, mais en tenant compte des spécificités de la population accueillie et des modalités d'organisation d'un EHPAD fixées par le Code de l'action sociale et des familles

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

POINTS FORTS	Un bâtiment de plain pied Des locaux lumineux et agréables Des chambres individuelles pourvues de sanitaires pour tous les résidents Un très bon niveau d'équipement en matériel de manutention Un partenariat interne à la Fondation dans les domaines de la logistique, des travaux, des finances, de l'informatique, de la qualité/gestion des risques, et dans celui de l'ergothérapie et de l'animation Un territoire d'intervention pourvu de ressources partenariales aussi bien sur le plan de l'information, de l'orientation, que sur celui des activités Un environnement sanitaire (interne et externe) satisfaisant et la présence de réseaux gérontologiques
POINTS FAIBLES	Tous les postes d'AS/AMP ne sont pas occupés par du personnel diplômé L'accès difficile à la compétence psychiatrique L'absence prolongée de psychologue L'inaccessibilité du patio de l'unité Samarie

PRECONISATIONS	Transformer l'ensemble des postes non diplômés dans le cadre de la future convention tripartite Assurer le remplacement de la psychologue Rendre le patio de l'unité Samarie accessible aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée

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 ;

POINTS FORTS	Un panel de compétences diversifiées mobilisables au sein de la Fondation Un programme de formation adapté aux spécificités de l'EHPAD Un grand nombre de procédures de travail, notamment sur les aspects logistiques L'organisation d'un planning trimestriel de réunions permettant une bonne communication interne Les réunions sont bien tracées par des comptes rendus et des feuilles d'émargement Un respect du formalisme concernant les instances chargées de la protection des salariés (CHSCT, IRP…)
POINTS FAIBLES	Absence de fiches de poste actualisées pour l'ensemble des professionnels Un positionnement « inconfortable » des chargés de service, cadres intermédiaires dépourvus de délégation et de pouvoir hiérarchique Pas d'entretien annuel d'évaluation des agents compte tenu de la charge de travail du directeur, en l'absence de délégation aux chargés de service Absence de protocole d'accueil pour les nouveaux professionnels
PRECONISATIONS	Elaborer ou actualiser les fiches de poste pour l'ensemble des professionnels Clarifier le positionnement des chargés de service en leur donnant les délégations nécessaires ainsi qu'une autorité hiérarchique sur les équipes. Mettre en place systématiquement les entretiens annuels d'évaluation en y impliquant les chargés de service Elaborer un protocole d'accueil des nouveaux professionnels

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 ;

POINTS FORTS	Un absentéisme en baisse et plutôt faible Un CHSCT, commun pour tout le site de la vallée de la Dordogne, en place et qui se réunit régulièrement L'organisation du respect des droits d'expression des salariés (loi Auroux)
POINTS FAIBLES	Une augmentation des accidents du travail liés à la manutention L'absence de DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) L'absence d'analyse des pratiques, même si elle est inscrite dans le projet des établissements Les difficultés du turn over inter-pavillonnaire pour les professionnels en difficulté
PRECONISATIONS	Elaborer le document unique d'évaluation des risques professionnels, en lien avec le CHSCT Mettre en place une offre d'analyse des pratiques, en préférant l'intervention d'un psychologue extérieur à la Fondation

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

POINTS FORTS	Des indicateurs classiques permettant d'apprécier l'évolution du degré de dépendance des résidents et l'activité de l'établissement figurent dans le rapport d'activité
POINTS FAIBLES	L'insuffisance des indicateurs permettant d'apprécier les effets de l'accompagnement sur les résidents L'absence de tableau de bord de gestion
PRECONISATIONS	Réfléchir, à partir du logiciel de soins et à l'évaluation des projets individuels, à la mise en place d'indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement Mettre en place un tableau de bord mensuel comportant un certain nombre d'indicateurs-clés permettant de faciliter le pilotage de l'établissement

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

POINTS FORTS	Les objectifs développés dans les projets personnalisés (en cours de formalisation) en matière de prise en soins, de maintien de l'autonomie, de réponses aux souhaits des résidents, d'animation, sont cohérents avec les objectifs opérationnels déclinés par l'EHPAD.

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

POINTS FORTS	L'établissement cherche à s'inscrire dans le réseau gérontologique local Des conventions de partenariats sont signées avec les principaux acteurs de santé dans l'environnement de l'EHPAD (spécialistes, hôpitaux, HAD) La Fondation a développé toutes sortes de partenariats bilatéraux avec des institutions françaises ou étrangères oeuvrant dans le domaine du handicap et de la maladie mentale pour soutenir sa réflexion sur ses missions et ses actions Des partenariats existent avec les ressources locales de l'environnement (foyer, centre de loisir) Les familles bénéficient de bonnes conditions d'accueil
POINTS FAIBLES	Pas de partenariats avec les médecins généralistes du secteur. Intervention de l'HAD mise entre parenthèse après une mauvaise expérience.
PRECONISATIONS	Réactiver les interventions du HAD en cas de besoin Continuer le travail d'intégration des médecins traitants commencé par l'ancien médecin coordonnateur.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

POINTS FORTS	L'EHPAD bénéficie d'une perception positive de la part de ses partenaires. Il est décrit comme un établissement ouvert, avec lequel les relations sont faciles.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

POINTS FORTS	L'établissement accueille de nombreux bénévoles qui gèrent ou participent aux activités Le bénévolat est encadré par une convention et régulé par deux réunions par an avec la directrice

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 ;

POINTS FORTS	L'EHPAD Tibériade apparaît comme un établissement particulièrement ouvert à l'extérieur Il organise des sorties nombreuses et régulières pour ses résidents La Fondation dispose d'un service de communication
POINTS FAIBLES	Des appels téléphoniques restent parfois sans réponse
PRECONISATIONS	Organiser une réelle permanence pour l'accueil téléphonique

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 ;

POINTS FORTS	Le projet personnalisé est un principe d'action fondamental affirmé dans le projet des établissements de la Fondation

	L'EHPAD est en réflexion active sur le contenu et les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé et la notion de référent, dans son contexte spécifique
POINTS FAIBLES	Il n'existe pas de procédure écrite pour l'élaboration le suivi et l'actualisation du projet personnalisé Il n'y a pas de document de synthèse permettant une appropriation et un suivi opérationnel des axes du projet
PRECONISATIONS	Finaliser la réflexion autour de la notion de référent, co-référent, coordonnateur de projet Ecrire une procédure d'élaboration, de suivi et d'actualisation du projet personnalisé, validée par la Fondation en cohérence avec le projet des établissements, mais prenant en compte les spécificités de la prise en charge en EHPAD, en s'inspirant des recommandations de l'ANESM : Les attentes de la personne et le projet personnalisé, et Qualité de vie en EHPAD[9] Prévoir un tableau de synthèse des axes du projet afin d'en faciliter le suivi (s'inspirer des modèles existants)

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.

POINTS FORTS	En théorie (voir trame) le résident est associé à l'élaboration et à l'actualisation de son projet et la famille est partenaire du projet Suite à l'évaluation interne, des modalités de validation du projet par le résident ont été mises en place
POINTS FAIBLES	Dans les faits, le recueil des souhaits des résidents n'intervient qu'à l'entrée, et il est peu impliqué dans l'élaboration et l'actualisation de son projet Le résident n'est pas partie prenante des réunions cliniques le concernant
PRECONISATIONS	Prévoir dans la procédure du projet personnalisé les modes de participation des usagers et des proches Envisager la participation du résident ou de son tuteur (voire famille le cas échéant) aux réunions cliniques le concernant, par exemple en le conviant à l'issue de l'examen de sa situation par l'équipe pluridsiciplinaire.

[9] Autre référence intéressante : Dossier dans les Cahiers de l'actif : L'accompagnement personnalisé dans les ESSMS : repères et outils opérationnels à l'usage des professionnels, Ali BOUKELAL, N°448/449 et 450/451, septembre-décembre 2013

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 ;

POINTS FORTS	Au-delà du rythme annuel prévu pour la révision des projets personnalisés, la souplesse de l'ordre du jour des réunions cliniques permet de suivre au plus près l'évolution des situations La trame du projet prévoit une évaluation des actions mises en œuvre par le résident et par l'équipe ainsi qu'un questionnaire de satisfaction
POINTS FAIBLES	L'absence de procédure écrite d'actualisation du projet personnalisé L'absence d'évaluation d'ensemble des projets personnalisés, à relier au manque d'indicateurs sur le public accueilli et sur les effets d'accompagnement
PRECONISATIONS	Prévoir dans la procédure du projet personnalisé, les modalités de son actualisation et la participation du résident à celle-ci Dans le cadre du travail sur le projet d'établissement, mener une réflexion globale et stratégique sur les dispositifs en place et leur évaluation, en réponse aux besoins du public et sur la base d'indicateurs objectifs

L'accompagnement

POINTS FORTS	L'existence d'une procédure d'accueil du résident Un très large éventail d'activités et du matériel d'animation performant Une grande souplesse pour l'accueil des familles qui sont considérées comme des partenaires de l'accompagnement du résident L'accompagnement à la santé du résident au sein de l'EHPAD assuré 24h/24 et 7 jours sur 7 grâce à un plateau technique médical mutualisé pour l'ensemble des établissements de la Fondation. La mise en place des instances ressources au niveau de la Fondation (CLUD, CLIN, CLAN, Commission de coordination gériatrique, COMEDIS) La constitution d'un dossier de liaison complet et régulièrement mise à jour en cas d'urgence, d'hospitalisation ou d'absence

	temporaire La promotion de l'hygiène est organisée L'accompagnement de fin de vie est au centre de la réflexion de l'institution.
POINTS FAIBLES	La continuité de l'accompagnement médical entre le domicile et l'EHPAD n'est pas effective pour certains résidents. Aucun médecin traitant libéral n'intervient dans l'EHPAD. Le médecin coordonnateur est aussi médecin traitant de tous les résidents, et n'a pas la possibilité d'assumer la totalité de ses missions. Les procédures, les protocoles ou les outils d'accompagnement à la santé communs à l'ensemble de la FJB ne prennent pas toujours en compte les spécificités de la personne âgée dépendante. L'absence de permanence pharmaceutique sur le plateau et une trousse d'urgence avec très peu de médicaments antalgiques. L'insuffisance de prise en charge de la douleur est un frein pour un accompagnement de fin de vie des résidents pleinement assumé. L'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents n'est pas systématisée et l'hygiène des mains avant les repas n'est pas promue. Les résidents sont réveillés la nuit entre 0h30 et 6h pour changer leurs protections
PRECONISATIONS	Envisager la mise en place d'un cahier de liaison avec les familles qui ne peuvent s'entretenir régulièrement avec le référent du fait de leur éloignement Faciliter l'accès des médecins traitants libéraux à leurs patients résidant dans l'EHPAD. Permettre au médecin coordonnateur d'assumer la totalité des 13 missions énoncées par la réglementation La pratique du réveil la nuit pour le change des protections aux heures de sommeil profond devrait être réinterrogée Assumer pleinement l'accompagnement de fin de vie avec entre autre une réorganisation de la prise en charge de la douleur et une réactivation les interventions de l'HAD et de Pallia 24, et le développement d'un partenariat avec l'Equipe mobile en soins palliatifs du CH de Bergerac, récemment mise en place.

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

POINTS FORTS	Les dossiers paraissent sécurisés Un dossier informatisé patient/résident est en cours d'étude
POINTS FAIBLES	Les dossiers observés ne sont pas tous complets Les projets personnalisés observés dans les dossiers sont particulièrement succincts L'échéance pour l'informatisation des dossiers est lointaine
PRECONISATIONS	

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

POINTS FORTS	Une enquête de satisfaction est organisée tous les deux ans auprès des résidents, aidés le cas échéant par les professionnels Un « cahier de doléances, plaintes et réclamations » est mis à disposition à l'entrée de la résidence Les résidents rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe sont majoritairement très satisfaits de leur accompagnement
POINTS FAIBLES	Il n'y a pas d'enquête auprès des familles et des proches L'outil de recueil des doléances est complexe
PRECONISATIONS	Une enquête de satisfaction périodique pourrait être organisée auprès des familles et proches en complément de l'enquête de satisfaction auprès des résidents Envisager la mise en place d'un registre des plaintes facile à s'approprier pour les résidents et les proches

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 ;

POINTS FORTS	Le conseil de vie sociale est en place et fonctionne de manière régulière Le directeur de site et le conseil d'administration de la Fondation y sont représentés Les comptes rendus sont affichés en gros caractères dans le couloir d'entrée de l'établissement L'EHPAD a mis en place des lieux d'expression spécifiques (commission menus, commission animation, groupes de paroles par unité)
POINTS FAIBLES	L'ordre du jour du CVS est établi par la seule directrice Les résidents, les familles et proches non membres du CVS connaissent mal cette instance Les comptes rendus affichés sont trop volumineux pour être lisibles
PRECONISATIONS	Le CVS est le lieu privilégié d'expression collective pour les résidents et les familles : l'ordre du jour devrait être a minima co-construit avec la présidente du CVS, les débats co-animés par la présidente et la directrice, l'information aux résidents et aux familles mieux organisée afin que la parole des personnes non impliquées dans le CVS puisse être portée par leurs représentants. La préparation de la réunion pourrait faire l'objet d'un atelier d'animation avec les résidents Les coordonnées des familles référentes pourraient être données aux membres du CVS représentant les familles afin de recueillir de manière proactive leurs préoccupations La formule du relevé de conclusion plutôt que du compte rendu pourrait être adoptée dans un souci de lisibilité de l'affichage. Ce relevé de conclusions pourrait être communiqué aux familles avec les courriers d'information diffusés dans l'année Il pourrait être envisagé une formation des membres du CVS

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 ;

POINTS FORTS	Les documents d'information sur les droits sont remis systématiquement Des actions d'appropriation de ces droits (lecture accompagnée, éditions en gros caractères…) sont mises en place Une action d'appropriation des droits des résidents par les professionnels est prévue dans le cadre d'un livret d'accueil spécifique Les droits fondamentaux des résidents (dignité, liberté de circulation, confidentialité, vie affective et sexuelle, pratique religieuse…) sont respectés La Fondation a mis en place un Comité d'éthique
POINTS FAIBLES	Le pilotage pour l'élaboration du livret d'accueil du professionnel est imprécis et son échéance lointaine L'accès au dossier de soin infirmier ne se limite pas aux infirmiers et aux médecins (confidentialité) La pratique de laisser la porte de la chambre de certains résidents ouverte en permanence pose question Les conflits entre résidents ne sont pas exceptionnels et sont susceptibles de porter préjudice aux résidents les plus vulnérables
PRECONISATIONS	Préciser le pilotage et raccourcir l'échéance de l'élaboration du livret d'accueil des professionnels pour leur appropriation des droits des résidents Les modalités de partage des informations médicales entre les professionnels doivent être clarifiées. Une vigilance particulière devrait être portée sur les problèmes relationnels et les risques de conflit entre les résidents

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise…) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

POINTS FORTS	Un recueil des événements indésirables est organisé dans l'établissement et fait l'objet d'une procédure Une procédure et une fiche spécifique de recueil des signalements de maltraitance ont été mises en place La formation sur la bientraitance est inscrite dans les priorités du plan de formation de la Fondation pour 2012/2014

POINTS FAIBLES	Le déclarant ne connait pas toujours la suite donnée à sa déclaration Il n'y a pas eu de réflexion institutionnelle sur la lutte contre la maltraitance, ni de protocole élaboré sur le sujet (en dehors de la fiche de recueil spécifique) Les formations réalisées sont plus axées sur la promotion de la bientraitance que sur la lutte contre la maltraitance
PRECONISATIONS	Faire un retour systématique à l'auteur de la déclaration d'événement indésirable La lutte contre la maltraitance (et pas seulement la promotion de la bientraitance) devrait faire l'objet d'une réflexion institutionnelle, d'un protocole et de formations spécifiques

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

POINTS FORTS	Un système de permanence et d'astreinte permettant d'assurer la sécurité en dehors des « heures ouvrables » La sécurité des usagers (incendie, alimentaire, le risque de rupture énergétique, le risque canicule) est assurée. La gestion du risque infectieux est organisée et le risque maitrisé. L'attention et l'efficacité de l'ensemble des équipes sur la prévention et la prise en charges des escarres, de la dénutrition, des chutes. La prévention des troubles de l'humeur est formalisée, les troubles de l'humeur sont évalués. La prévention et la prise en charge de la douleur est au cœur des préoccupations des équipes. Le risque iatrogène maitrisé au niveau de la préparation par la vérification systématique des doses dispensées par la pharmacie, par les infirmiers.
POINTS FAIBLES	La difficulté d'accès au psychiatre et le retour depuis peu d'une psychologue contribuent à une moindre efficacité dans la prise en charge et la prévention des troubles de l'humeur. L'hygiène des locaux le week-end.

	Le stockage non sécurisé des produits ménagers. La détection et la prise en charge de la douleur ne sont pas encore maximales. Les problèmes de communication entre la pharmacie interne et les équipes soignantes sur les ruptures de stock, le livret thérapeutique, la réactivité de la dispensation lors des changements de traitements, l'approvisionnement en stupéfiants, ... L'administration médicamenteuse et sa traçabilité peuvent être encore améliorées.
PRECONISATIONS	Etre vigilant sur le stockage des produits ménagers par les ASH. Améliorer la détection et la prise en charge de la douleur au sein de l'EHPAD en recherchant des modes opératoires de prise en charge qui soient consensuels pour l'ensemble des acteurs (CLUD, médecins, pharmaciens, infirmiers, soignants). Améliorer les relations de l'EHPAD avec la pharmacie interne avec un travail sur le sujet par la commission gériatrique ou le COMEDIS (Commission du médicament). Appliquer les règles d'identification du patient avant l'administration, respecter les conseils d'administration (écrasement, mélange, ...), tracer la prise en temps réel.

FONDATION JOHN BOST

RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE DE DORDOGNE

Novembre 2014

SYNTHESE DU RAPPORT D'EVALUATION EXTERNE

Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

Points forts

L'évaluation interne a été réalisée à échéance et a donné lieu à un plan d'action commun aux quatre pavillons de la MAS. Le référentiel a fait l'objet d'actions de formation et a été adapté au contexte de la Fondation.

La structuration du rapport suit les recommandations de bonnes pratiques sur le sujet.

Les professionnels impliqués ont souligné l'intérêt de cette démarche pour l'apport de connaissance et la prise de recul par rapport au quotidien qu'elle a permis.

La démarche d'amélioration continue de la qualité est bien engagée, et la Fondation dispose d'un service qualité en cours de renforcement et de structuration

La démarche a souffert d'une relative urgence liée au respect de l'échéance.

Points faibles

La faible implication du corps médical dans la démarche d'évaluation

L'exclusion du domaine des ressources humaines ne paraît pas judicieux, sachant l'impact de la qualité de vie au travail sur la qualité de la prise en charge des résidents.

Chaque pavillon a réalisé son propre diagnostic sur la base d'une méthodologie propre, illustré notamment dans la diversité des groupes de travail chargés de remplir le référentiel.

Le plan d'action spécifique pour la MAS a été construit a posteriori sur la base de 4 diagnostics différenciés, et présente donc un caractère quelque peu artificiel.

En dehors des agents impliqués, la démarche ne semble pas avoir été réellement appropriée par l'ensemble du personnel.

Préconisations

L'appropriation par les professionnels du diagnostic et du plan d'action issu de l'évaluation interne semble être l'enjeu majeur sur cette thématique.

Il est particulièrement important que les professionnels s'approprient le plan d'action qualité issu de l'évaluation interne, dont la construction s'est avérée complexe, du fait de l'organisation particulière de la Fondation. Il est donc préconisé de replacer clairement les objectifs du plan d'action dans des actions concrètes issues des diagnostics de chacun des pavillons, et d'en faire ainsi un outil de management.

Pour la prochaine évaluation interne, il est préconisé d'harmoniser les modalités de recueil des données sur les 4 pavillons, et de construire un diagnostic et un plan d'action commun dès le début de la démarche.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Points forts

Les RBPP sont accessibles et mises à disposition dans les services. Elles sont intégrées dans le référentiel d'évaluation interne, et ont servi de référence pour le diagnostic.

Point faible

Les RBPP sont peu connues des professionnels, à l'exception de ceux qui ont été impliqués dans l'évaluation interne.

Préconisations

Mettre systématiquement à disposition dans les services les synthèses des recommandations

Intégrer les RBPP comme références dans les projets de service

Evoquer les RBPP en réunion d'équipe ou en réunion institutionnelle dans le cadre d'une réflexion sur une thématique particulière d'actualité

Prendre l'habitude de se référer aux RBPP à l'occasion de situations nécessitant un débat interdisciplinaire, ou une réflexion éthique.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;

Points forts

Une architecture de projets adaptée à la taille et à l'organisation particulière de la Fondation John Bost, avec un projet-socle qui doit se décliner en projets de site et d'établissement (ici projets pavillonnaires).

Un projet des établissements qui pose bien le cadre et les repères, ainsi que les valeurs, et les principes d'intervention de la Fondation.

La présence de données de pilotage très fines sur les publics accueillis, aussi bien dans le projet des établissements que dans les projets pavillonnaires.

Points faibles

Un projet qui n'est manifestement pas encore approprié par l'ensemble du personnel. Le personnel est manifestement plus motivé par le projet pavillonnaire (voire les « projets de groupe » de résidents) que par le projet-socle.

Une « identité pavillonnaire » revendiquée, mais qui se traduit par une absence de modalités de travail communes aux quatre pavillons. La position consistant à attendre la mise à jour du projet des établissements pour actualiser les projets pavillonnaires, se trouve obérée par le travail isolé du pavillon de Bethman, dont la mise à jour est en principe reportée à l'horizon 2018.

Préconisations

L'appropriation du projet d'établissement de la fondation et l'articulation des différents projets (des établissements, de site, pavillonnaires, voire de service) est un enjeu fondamental pour la cohésion de la Fondation. , Il convient donc d'être particulièrement vigilant sur l'implication de l'ensemble des agents dans la déclinaison opérationnelle des différents projets, au travers des projets pavillonnaires.

Mettre en place une stratégie commune d'élaboration et de mise en œuvre des projets pavillonnaires, en s'appuyant sur la recommandation de l'Anesm, et dont le vecteur pourrait être le projet « Gammes ».

Dans le cadre de la restructuration en cours, réfléchir à la pertinence de l'élaboration d'un projet MAS 24, décliné en projets de services pavillonnaires.

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

Points forts

Un bon ratio de personnel et un panel de compétences diversifiées présentes au sein de la Fondation, qui répondent aux besoins des résidents.

Des ressources financières complétées par des dons et legs qui permettent d'assurer un bon niveau d'équipement au profit des résidents.

Un environnement sanitaire et médico-social qui permet de développer le partenariat.

Point faibles

Un parc immobilier partiellement obsolète et dont les caractéristiques ne sont plus compatibles avec une prise en charge respectant certains droits fondamentaux (confort, intimité, sécurité)

Préconisations

Envisager un rééquilibrage des ratios de personnel entre les pavillons

Dans l'attente de la décision relative à l'avenir de certains pavillons, réaliser les travaux minimaux permettant d'améliorer les conditions de confort et d'intimité dans les pavillons Bellevue et De Bethman.

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 ;

Points forts

Un grand nombre de procédures de travail, notamment sur les aspects logistiques

Un respect du formalisme concernant les instances chargées de la protection des salariés (CHSCT, IRP...)

Points faibles

Un positionnement « inconfortable » des chargés de service, cadres intermédiaires dépourvus de délégation et de pouvoir hiérarchique

Pas d'entretien annuel d'évaluation des agents compte tenu de la charge de travail du directeur, en l'absence de délégation aux chargés de service

Absence de protocole d'accueil pour les nouveaux professionnels

Absence de réunions inter-pavillons MAS

Préconisations

Clarifier le positionnement des chargés de service en leur donnant les délégations nécessaires ainsi qu'une autorité hiérarchique sur les équipes.

Mettre en place systématiquement les entretiens annuels d'évaluation en y impliquant les chargés de service

Elaborer un plan de formation spécifique à l'autorisation MAS

Harmoniser les réunions institutionnelles autour de l'autorisation MAS

Elaborer un protocole d'accueil des nouveaux professionnels

Elaborer un Document Unique harmonisé pour tous les pavillons

Envisager la présence systématique du chef de service des ressources humaines ou de son adjoint au CHSCT

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 ;

Points forts

Le projet des établissements évoque le soutien aux professionnels. Il indique qu'il est de la responsabilité première du binôme pavillonnaire et/ou staff clinique et plus particulièrement du chargé de service d'apporter un soutien au professionnel et à l'équipe concernés.

IL prévoit également l'existence d'un groupe d'analyse des pratiques propres à chaque pavillon,. Ce dispositif, sur la base du volontariat, doit permettre un soutien et apporter un recul nécessaire à l'analyse de la situation, autant que de prévenir tout glissement vers un effondrement de type « burn out ». Elles auront une fréquence mensuelle.

Le turn over des professionnels est aussi une réponse à un mal-être au travail ou un épuisement professionnel. Il est en principe obligatoire en intra-pavillonnaire tous les 2/3 ans.

Points faibles

Le choix de la direction pour l'analyse des pratiques semble se porter vers un intervenant interne à la Fondation mais n'intervenant pas dans le pavillon concerné. Les recommandations en la matière plaident plutôt pour un intervenant extérieur à la Fondation, et cette solution recueille la majorité des avis des professionnels consultés sur le sujet.

Le turn-over inter-pavillonnaire est difficile. Les demandes de changement émanant de la MAS sont assez nombreuses et rarement satisfaites, car peu de professionnels d'autres pavillons souhaitent intégrer la MAS. Un dispositif de permutation (6 mois renouvelables) a été mis en place et semble fonctionner, mais il nécessite bien entendu l'accord des deux professionnels.

Un dispositif d'écoute par un psychologue externe (Proconsult) a été également mis en place. Mais les réponses données par ce système ne semble pas donner satisfaction aux professionnels et est très peu utilisé.

Préconisations

Mettre en place une offre d'analyse des pratiques, en préférant l'intervention d'un psychologue extérieur à la Fondation

Prendre des mesures visant à faciliter le turn over inter-pavillonnaire pour les professionnels des pavillons MAS

8. Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée ; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers

Point fort

Analyse fine de la population accueillie et de ses besoins

Point faible

Absence d'indicateurs relatifs aux effets de l'accompagnement sur les usagers

Préconisations

Mise en perspective à moyen terme de l'évolution des publics et des pathologies afin de définir des axes stratégiques pour les 10 ans à venir

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

Les objectifs développés dans les projets personnalisés (soins, mobilité, communication, bien-être...) sont en cohérence avec les objectifs opérationnels déclinés par la Fondation (promotion de l'autonomie, garantie des droits, expression des résidents, prévention des risques)

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

10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement ;

Points forts

Les partenariats dans le domaine du soin et des activités sont d'abord internes : les établissements médico-sociaux du site de la vallée de la Dordogne sont en lien direct avec les structures sanitaires de la Fondation (maisons de santé pour maladies mentales) pour des séjours de relais ou de rupture si nécessaire. Concernant les activités, il existe un service inter-pavillonnaire, le service d'ergothérapie, sociothérapie inter-pavillonnaire (SESIP) qui gère les activités d'ergothérapie et d'animation sur l'ensemble du site de la vallée de la Dordogne.

Les partenariats externes sont majoritairement informels dans le domaine du soin. L'arrivée d'un médecin coordonnateur du site a permis de développer les relations notamment avec les établissements de santé du bergeracois. Pour les activités, des conventions, sous l'égide du SESIP ont été signées avec des établissements scolaires ou médico-sociaux proches et avec des associations locales pour participer à certaines activités avec des résidents de la Fondation. Néanmoins, pour la MAS les activités sont réalisées majoritairement en interne dans chaque pavillon.

Points faibles

Une faible participation des personnels à des réunions inter-établissements, notamment dans le cadre de groupes de réflexion existant en Aquitaine, comme le GPSO (groupe polyhandicap sud-ouest) ou avec le comité technique régional sur l'autisme.

Préconisations

Formalisation des conventions « informelles ». C'est un des objectifs du plan d'action de la MAS, néanmoins assez flou quant aux partenariats visés (échéance décembre 2014)

Inscrire les professionnels dans les groupes de travail régionaux, GEPSO et CTRA

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

Les partenaires contactés ont un regard positif sur la Fondation. L'humanité, la chaleur, le respect, la tolérance ont été cités comme caractérisant les rapports entre professionnels et résidents. Un des partenaires a précisé que c'était une institution qui ne craignait pas les regards extérieurs. Un des interlocuteurs a jugé que c'était peut être aussi une institution qui a besoin de regards neufs, jeunes, avec des projets pour échapper à une certaine routine.
Un des partenaires sanitaires indique qu'il n'y a aucun problème en matière de coopération entre leurs deux établissements, et juge au contraire, les relations extrêmement courtoises et efficaces, ce qui est confirmé par plusieurs soignants.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

La Fondation organise de nombreuses journées festives ouvertes à l'extérieur (près de deux par mois en moyenne) : concerts, carnaval, fêtes, théâtre...

Elle accueille des stagiaires en cours de formation aux différents métiers de l'accompagnement et du soin des personnes malades et handicapées mentales et psychiques ; mais aussi des collégiens, lycéens, étudiants, professionnels. Elle organise régulièrement des colloques

La Fondation reçoit le soutien de plusieurs centaines de bénévoles. Les uns participent au Conseil d'administration et aux différents Comités. D'autres organisent des manifestations, concerts, ventes pour faire connaître l'action de la Fondation et pour recueillir les moyens nécessaires à son développement. D'autres enfin organisent des activités au sein des pavillons en lien avec les résidents tels que des temps de catéchèse, des ateliers conte, des temps de promenade. Différentes chartes et règlements encadre ces activités bénévoles.

Elle accueille de jeunes volontaires l'été dans le cadre d'un camp international où ils vont vivre pendant un mois auprès des résidents, et des jeunes volontaires à l'année en privilégiant notamment les projets d'animation qui améliorent la qualité de vie des résidents

Elle accueille des groupes qui soutiennent l'action de la Fondation. Accueillis principalement sur le site de Dordogne, ils peuvent durant quelques jours visiter les pavillons et ateliers tout en ayant des temps d'échange et de réflexion sur le handicap, la maladie mentale et la manière d'accompagner et de soutenir ceux qui en sont porteurs.

Quelques activités, très minoritaires néanmoins, sont réalisées dans les pavillons de la MAS par des personnes extérieures.

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 ;

Point fort

La Fondation est bien intégrée dans la vie socioculturelle du village de la Force. Ainsi des échanges entre résidents de la Fondation et résidents du village sont fréquents et favorisés par des actions d'animation en partenariat avec les associations locales (théâtre, exposition, lecture, carnaval de l'école de La Force...)

Point faible

Le recrutement étant régional et même national, certains résidents sont plutôt coupées de leurs racines, ce qui peut renforcer leur tendance au repli sur eux-mêmes.

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 ;

Points forts

Les procédures concernant l'admission et l'accueil sont en cours d'écriture

Le projet personnalisé regroupe de façon très pertinente et exhaustive le soin et l'accompagnement au quotidien et prévoit l'évaluation des actions

Points faibles

Il n'y a pas à proprement parler de procédure d'élaboration et de mise en œuvre du Projet personnalisé. Les modalités de mise en œuvre sont incluses dans le protocole de constitution et de mise à jour du dossier d'accompagnement.

Une méthodologie de projet non encore complètement appropriée, des items du PP non renseignés, pas d'évaluation des actions...

Les infirmières sont confinées dans des actes techniques et la distribution des médicaments. Elles sont peu impliquées dans la prise en charge globale du résident. L'articulation du projet de soins et du projet d'accompagnement peut en pâtir.

L'implication du représentant légal est variable d'une unité à l'autre

Des délais d'actualisation des projets très variables d'un pavillon à un autre, et de manière générale supérieurs à 1 an

La partie accompagnement du dossier informatisé (en projet) ne sera mise en place que tardivement

Préconisations

Harmoniser la méthodologie de projet personnalisé sur les 4 pavillons MAS.

Mettre en place une procédure de projet en tant que telle.

Clarifier le rôle de chacun des acteurs : confier l'animation et la coordination des projets à la chargée de service (y compris l'animation des réunions). Confier la référence de projet aux professionnels du quotidien.

Organiser des formations au projet pour les équipes

Intégrer un chargé de service dans le comité de pilotage du DPRI

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.

L'usager est invité à exprimer ses souhaits et ses attentes, lui-même lorsque ses capacités de communication le permettent, ou par le canal du représentant légal dans le cas contraire. Le contenu de l'évaluation du projet lui est restitué dans les mêmes conditions, à la fin de la réunion de projet, ou à un autre moment.

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 ;

Dans la mesure du possible, les projets personnalisés sont évalués tous les ans, par le biais de réunions de projet par pavillon. Le rythme généralement observé est d'une actualisation tous les deux ans. Les modalités d'actualisation sont disparates d'un pavillon à l'autre.

17. Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant
18. la prise en compte de la perception de l'ESSMS et de ses missions par les usagers

Compte tenu des capacités de compréhension et de communication de la plupart des usagers de la MAS, aucune modalité particulière d'accès aux informations n'a été mise en place. La synthèse est restituée oralement aux usagers et transmise aux représentants légaux pour validation par signature.

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 ;

Points forts

Les préoccupations des professionnels autour de la communication avec les usagers, et l'utilisation d'outils performants

La réalisation d'une enquête de satisfaction

Des CVS installés et qui donnent réellement la parole aux résidents

Points faibles

Des outils de communication qui semblent préférentiellement utiliser avec certains usagers, notamment les polyhandicapés

Des fonctionnements de CVS très disparates d'un pavillon à l'autre.

Préconisations

Faire en sorte que l'ensemble des personnes relevant de l'autorisation MAS puisse bénéficier de la même qualité de prestations sur le plan des outils de communication et que l'ensemble des professionnels intègre cette dimension dans le projet personnalisé de soins et d'accompagnement

Pour le CVS :

- harmoniser les fonctionnements d'un pavillon à l'autre : relevé de conclusions et non compte rendu, signé par le président seul
- organiser des réunions des familles inter-pavillons (une par an ?), pour échanger les savoir-faire et favoriser les liens
- former les élus au fonctionnement et aux prérogatives du CVS

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 ;

Points forts

Le respect des droits des usagers est une préoccupation de l'institution

Les documents d'information prévus par la loi 2002-2 sont systématiquement remis aux usagers

Le consentement de l'usager ou de son représentant légal est recherché dans le cadre du projet personnalisé

La liberté d'aller et venir est la règle de la Fondation, et n'est limitée qu'en fonction des capacités de l'usager à sortir sans accompagnement

La confidentialité des données médicales est assurée

Des dispositifs favorisant l'autonomie ont été élaborés

Les rythmes de vie des résidents sont respectés dans la mesure du possible

La vie affective et sexuelle des résidents n'est pas niée et une charte a été élaborée sur le sujet

Existence d'une convention pour les soins palliatifs pour faciliter l'accompagnement de fin de vie dans les pavillons

L'existence d'un comité d'éthique à qui peuvent être posée des questions relatives aux choix difficiles dans les pavillons

Points faibles

Les documents relatifs aux droits des usagers ne sont pas adaptés aux capacités de compréhension et de communication des résidents

Le contrat de séjour n'est pas totalement conforme à la réglementation

La gestion des conflits entre usagers, nombreux, ne fait pas l'objet d'un suivi particulier

Préconisations

Se conformer à la réglementation en ce qui concerne le contrat de séjour, en remettant un contrat type dans les quinze jours et en le faisant signer dans le mois suivant l'admission, et un avenant au bout de six mois reprenant les mêmes rubriques, adaptées à chaque résident et situation, lequel contrat sera actualisé tous les ans.

Appliquer la recommandation de l'Anesm : « les attentes de la personne et le projet personnalisé » en dissociant démarche de projet personnalisé (réflexion, émission d'hypothèses... sur lesquelles on ne peut pas contractualiser) et démarche de contractualisation.

Elaborer la procédure d'alerte afin de traiter plus rapidement les situations récurrentes de violence entre résidents, comme prévu dans le bilan des événements indésirables.

Faire en sorte que la convention avec Pallia 24 soit connue et que les procédures de déclenchement soient bien définies.

Diffuser largement les questions posées au comité d'éthique, les débats et les préconisations qui en sont issues.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

Points forts

Il existe un recueil des événements indésirables, dont le bilan donne lieu à des actions d'amélioration.

La formation pour prévenir la maltraitance est bien inscrite dans les priorités du plan de formation 2012/2014.

Points faibles

Les professionnels ne sont pas informés du suivi des fiches d'événements indésirables qu'ils remplissent

Il n'y a pas eu de réflexion institutionnelle sur la lutte contre la maltraitance, ni de protocole élaboré sur le sujet

Les formations réalisées sont plus axées sur la promotion de la bientraitance que sur la lutte contre la maltraitance

Préconisations

Un travail de pédagogie sur la nature des événements indésirables qui doivent faire l'objet du recueil parait nécessaire

Un retour aux professionnels sur les fiches recueillies est nécessaire pour démontrer l'intérêt de la démarche

La lutte contre la maltraitance (et pas seulement la promotion de la bientraitance) devrait faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et de formations spécifiques

22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'usager ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels ;

Points forts

Les services ressources mutualisés pour l'ensemble des pavillons du site : Service Achat logistique, Service Travaux Sécurité, Pharmacie à Usage Interne.

La qualité et les offres des services ressources grâce à une rénovation importante de ses services : robotisation de la pharmacie à usage interne en cours, rénovation de la blanchisserie, création du pôle recherche et développement et poste de diététicienne créé pour la cuisine centrale, le niveau de formation et la diversité des métiers constituant le Service Travaux et Sécurité.

Ces services ressources assurent le quotidien, et tentent en outre d'ouvrir des axes d'amélioration innovants :

-Pour les cuisines : Agrément européen, recherche sur le « manger mains » pour améliorer l'autonomie des résidents, recherche sur les textures, proposition de formation à l'hygiène alimentaire par la diététicienne

-pour la Blanchisserie : rénovation complète du pré-tri du linge dans les unités, diminution des délais de retour du linge

-pour le Service travaux sécurité : conception et fabrication de mobilier le plus adapté possible aux demandes spécifiques des pavillons : meubles de salle de bain ergonomique pour le maintien de l'autonomie des résidents, meuble de stockage des médicaments dans les infirmeries, le plus adapté à la mise en œuvre de la préparation des plateaux...

- pour la pharmacie : délivrance future de doses individuelles nominatives, implication des pharmaciens dans les services et développement de la pharmacie clinique , travail de documentation et de rédaction des données ressources sur le médicaments pour le site intra net, élaboration de formations sur le médicament et son circuit.

Importance de l'autorisation sur la stérilisation à la vapeur et de la compétence d'hygiéniste de la pharmacienne et son implication dans le CLIN .

Les services techniques ont reçu des formations sur le public accueilli, ce qui permet d'adapter leurs interventions. Certains résidents viennent travailler avec les services techniques (réciprocité).

L'élaboration et la mise en œuvre de la Fête annuelle de la Fondation est un élément très fédérateur entre les différents métiers et services du site, mais aussi permet un rapprochement du personnel des services techniques avec les résidents (comité des fêtes, élaboration des déguisements...)

La présence de lits sanitaires sur le site permet un niveau élevé de qualité sur le volet sanitaire de la prise en charge et une amélioration de la qualité plus rapide pour la sécurisation du circuit du médicament, la prévention et la prise en charge du risque iatrogène.

La présence d'un cabinet dentaire sur le site facilite hygiène bucco-dentaire des résidents

La gestion par pavillon et le regroupement de plusieurs autorisations au sein d'un même pavillon permettent une prise individuelle diversifiée et continue sur le lieu de vie du résident. Il peut aussi se dégager, de ce fait, une saine compétition entre les pavillons pour l'amélioration de la qualité

Les principales conduites à tenir (CAT) et protocoles sont rédigés et validés, l'évaluation des pratiques professionnelles sont mises en œuvre et fait partie de la culture de l'établissement.

Le manuel de qualité organise la prévention et de lutte contre la douleur, ainsi que la prévention des chutes.

Les évaluations des pratiques professionnelles sur l'alimentation, la douleur, les médicaments ont permis de sensibiliser beaucoup de personnels à ces problématiques

Points faibles

La contrepartie des points forts, les services mutualisés sont des ressources extérieures aux pavillons, considérés par les professionnels des pavillons comme des prestataires extérieurs, la communication est parfois difficile avec et entre ces services.

L'offre, les outils, les formations disponibles au sein des services ressources sont peu utilisées par les pavillons en dehors de la gestion quotidienne.

Le manque de communication et de coordination entre les services ressources et les pavillons, malgré la présence d'un référent de chaque service ressources au sein des pavillons, induit une formalisation lourde des procédures de demande d'intervention, une moindre réactivité des services ressources, et une méconnaissance mutuelle.

Les différents conduites à tenir et protocoles sont disponibles sur l'intranet mais difficilement accessibles à l'ensemble du personnel par manque de formation à l'outil informatique. L'utilisation des supports papiers est encore très importante.

Préconisations

Besoin important d'un coordinateur et d'un outil informatique uniformisé et plus facile d'utilisation, pour une meilleure communication interne et une meilleure utilisation des ressources existantes.

Continuer et encourager les formations transversales inter-pavillonnaires et inter services pour faciliter la communication interne et l'harmonisation des pratiques entre les pavillons (comme les journées « Sécurité/patient »)

Continuer et redynamiser l'effort sur la sécurisation du circuit du médicament, (cf conclusions du rapport d'activité de la commission du médicament)

APPRECIATION GLOBALE

Du fait de l'histoire de la Fondation John Bost, et de la construction administrative de l'autorisation (4 pavillons distincts et distants dont certains mettent en oeuvre conjointement des autorisations sanitaires et médico-sociales, rassemblés dans une seule et unique autorisation MAS de 130 lits), la MAS de Dordogne présente plusieurs caractéristiques spécifiques qui ont un fort impact sur son fonctionnement actuel :

- une forte identité pavillonnaire : chaque pavillon a sa spécificité en termes de public accueilli ([9]) et en termes de modalités de prise en charge et de projet, même si les valeurs et les principes d'action émanent de la Fondation. Du coup, les modalités de mise en œuvre, l'appropriation et les résultats de l'évaluation interne sont apparus relativement hétérogènes en fonction des pavillons.

- une prédominance du soin dans l'accompagnement : historiquement, la Fondation est un établissement de santé qui évolue depuis quelques années vers le médico-social. Le poids du médical dans l'organisation (qui s'exprime notamment au niveau du management pavillonnaire dans le binôme directeur/médecin) et dans le projet d'établissement et le projet de vie (dénommé projet de soins et d'accompagnement) est plus important que ce que l'on connait habituellement dans le secteur médico-social.

- une organisation hiérarchique qui se distingue également des canons habituels des établissements médico-sociaux ; outre le binôme directeur/médecin déjà évoqué, la Fondation déploie des organigrammes dépourvus d'encadrement intermédiaire clairement identifié. Les chargés de service, qui jouent ce rôle de courroie de transmission en la direction et les personnels d'accompagnement n'ont pas de pouvoir hiérarchique sur ces derniers et pas de délégation des directeurs.

- une tendance naturelle à l'autarcie : la Fondation dispose sur site d'un plateau technique important et a développé des services transversaux pour répondre à ses besoins sans faire appel à l'extérieur : pharmacie, restauration, blanchisserie, logistique, animation et ergothérapie, centre de formation, ...Elle a donc tendance à s'ouvrir à l'extérieur (accueil de bénévoles, de stagiaires, organisation de colloques, lieu de recherche,etc.), plutôt qu'à chercher des partenariats externes.

Au-delà de ces considérations générales, les évaluateurs ont pu constater la volonté toujours affirmée de l'ensemble des professionnels (encadrement et équipes) de

[9] polyhandicap au pavillon Penuel, Psychoses infantiles et troubles envahissants du développement déficitaires Accompagnement du vieillissement au pavillon Attente, Troubles envahissants du développement et déficience intellectuelle sévère au pavillon Bellevue, Troubles envahissants du développement plus ou moins stabilisés, surhandicap, accompagnement du vieillissement au pavillon De Bethman

mettre en oeuvre les valeurs fortes de la Fondation. Ils ont pu apprécier :

- des lieux vie plutôt chaleureux, bien entretenus et bien investis par les résidents malgré le caractère ancien de certains d'entre eux,

- des équipes motivées, y compris la nuit, et des professionnels réellement attentifs aux souhaits et besoins des résidents

- une organisation médicale solide qui permet de dégager des temps de psychiatre significatifs pour les résidents et des équipes

- la qualité du lien entre les généralistes et les psychiatres, et l'apport essentiel de la coordination médicale du site

- des conseils de la vie sociale installés, qui donnent réellement la parole aux résidents et à leurs proches, même si les fonctionnements sont très divers selon les pavillons

- une démarche qualité bien engagée, à travers l'évaluation interne, et grâce notamment à la présence d'un service qualité transversal

- la présence d'un comité d'éthique actif, qui permet de positionner les pratiques dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire.

Les points de vigilance :

- l'appropriation par les professionnels du projet des établissements, et notamment l'articulation entre le projet socle et les projets pavillonnaires,

- l'appropriation et la mise en œuvre du plan d'action issu de l'évaluation interne pour en faire un outil de management et une feuille de route partagée

- la nécessité de mieux définir et harmoniser les pratiques des unités et intégrer les recommandations de l'ANESM dans les projets

- la clarification des rôles et des positionnements de certains professionnels, notamment les infirmières et les chargés de service

- l'appropriation par les équipes pluridisciplinaires de la procédure d'élaboration et d'actualisation du projet individualisé partagée, et la clarification du rôle de référent de projet

- le soutien aux professionnels en difficulté, notamment en offrant des temps d'analyse des pratiques et des possibilités de turn over interne

- l'harmonisation vers le haut du fonctionnement des CVS (sur le modèle du pavillon Penuel), et la formation des élus du CVS

Les services supports et productions supports du SVD

Les services supports du SVD

- **Le Service des Relations Humaines**

Il est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans le domaine des ressources humaines. Ces missions sont d'assurer :

- Le respect et la bonne application de la législation du travail, de la convention collective, des accords d'entreprises et des notes internes du domaine social.
- Les recrutements et la gestion du pool des remplacements.
- La production des contrats de travail des salariés du SVD et des déclarations liées.
- L'administration et la paie du personnel du site.
- La gestion de la carrière des professionnels du SVD
- L'audit et le conseil juridique sur un premier niveau
- La gestion et le suivi du plan de formation du site.
- Le dossier santé au travail et gestion des risques professionnels

- **Le Service Financier**

Il est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans les domaines comptables et budgétaires Ces missions sont d'assurer :

- La tenue quotidienne de la comptabilité par établissement en conformité avec les procédures comptables internes et externes.
- Suivi et tenue de la procédure budgétaire, de l'élaboration des budgets à celle des comptes administratifs pour tous les établissements du site.
- Ressource sur le suivi des tableaux de bord en lien avec les directeurs d'établissement
- Elaboration et suivi des dossiers administratifs de prise en charges des résidents/patients
- Production de la facturation des séjours.
- Gestion et suivi de l'argent de poche des résidents.

- **Le Service Logistique**

Il a comme mission d'assurer :

- Le suivi des commandes à la facturation des approvisionnements tout en incluant la gestion des litiges avec les fournisseurs.
- La gestion de la logistique d'approvisionnement dans tous les pavillons et services du site.

- **Le Service Technique**

Il est l'interlocuteur de la direction du site SVD dans les domaines de conservation et d'entretien des bâtiments des différents établissements et services. comptables et budgétaires Ces missions sont d'assurer :

- L'entretien et maintenance préventive et curative des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux),
- L'entretien et l'exploitation règlementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberies sanitaires,
- Les astreintes 24H/24, techniques et de chauffage,

- La gestion du risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée,
- Le maintien à jour les registres de sécurité, dossiers techniques amiante, carnets sanitaires,
- Le suivi des opérations règlementaires de lutte contre la légionnelle
- Le fonctionnement de la chaufferie centrale qui dessert tous les établissements du « plateau de la Force »

Les productions supports du SVD

- La Pharmacie à Usage Intérieur : (PUI)

Depuis début 2016, la pharmacie à usage intérieur dispense en dotation journalière individuelle et nominative la totalité des traitements médicamenteux des patients et résidents du Site. La production des piluliers individuels est robotisée.

- Le Service Médical du site :

La sécurité et la continuité des soins sont assurées en permanence par l'équipe médicale associant des médecins psychiatre, neurologue, généraliste et gériatre. La permanence des soins est maintenue par l'équipe infirmière du pool infirmier, présente 7 jours sur 7 et coordonnée par un cadre soignant sous la responsabilité du coordonnateur des soins. Le plateau technique du site comporte en outre :

- Un cabinet d'enregistrement EEG / ECG
- Un cabinet dentaire
- Un service de kinésithérapie
- Un service d'ergothérapie et d'animation
- Un service social
- La présence permanente d'une diététicienne à la cuisine centrale

Le service médical du Site regroupe également des psychologues et des psychomotriciens.

- La Cuisine Centrale

Elle assure la production des repas ainsi que la livraison pour tous les résidents patients des établissements du site SVD en tenant compte des textures et régimes prescrits.
Ces repas sont fabriqués suivant la réglementation en vigueur (GERMCN, PNNS, PNA), et la démarche HACCP est appliquée (création des procédures, leur suivi par le groupe HACCP avec envoi des modifications à la DDCSPP pour mise en conformité du PMS).
En sus des repas du midi et du soir, la cuisine centrale répond aux demandes particulières des établissements :

- Repas exceptionnels (galette des rois, Noel, crêpes, etc ...)
- Préparation de piques niques en tenant compte des contraintes alimentaires.
- Gâteaux d'anniversaire
- Disponibilité et moyens donnés pour cuire sur place (Pizza, barbecue, etc...)
  Elle assure aussi des productions de repas pour des structures extérieures par contractualisation (structures médico- sociales et autres divers)

- La Blanchisserie Centrale

Les trois catégories de linge que notre blanchisserie traite (avec tonnage 2017) :

- Hôtelière et vêtement de travail 584tonnes)
- Vestiaires résidents patients (454 tonnes)

Linge particulier (traitement spécifique) (2 tonnes) augmentation due aux séjours temporaires avec une ligne de traitement spécifique

La traçabilité est au cœur de son organisation :

- Tout le linge est identifié au nom du résident/patient et les informations concernant l'article (nature, état, entretien réalisé...) sont numérisées dans notre base de données, laquelle est accessible par tous les établissements et services par extranet.

L'hygiène au cœur de sa démarche :

- La blanchisserie assure la qualité microbiologique du linge traité et veille ainsi à la sécurité de nos résidents patients ainsi que de notre personnel.
- Le système d'analyse de risque et de maîtrise de la bio contamination (RABC) a été évalué et jugé conforme aux exigences de la norme NF EN 14065.

La production est maîtrisée :

- contrôles de la qualité des eaux de rejet, contrôles des consommations énergétiques et réduction par la mise en œuvre d'innovation technologiques et développement du recyclage.

Elle assure un service de proximité avec un minimum de trois livraisons hebdomadaires, le retour pour le patient résident est personnalisé et restitué dans un délai de 72heures.

ANNEXE 7

Pas de frais de siège mais la Fondation John Bost dispose d'un siège social sis à la Force Dordogne.
Ainsi, pour accompagner l'ensemble de ses établissements et services sur le territoire national, la Fondation dispose d'une architecture organisationnelle mutualisée composée de la direction générale et de fonctions supports.
La fondation suit les orientations nationales en mutualisant les services supports.
Les prestations des services mutualisés sont facturées aux établissements au réel.

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES

61522100-PRESTATION IMMEUBLES ET DE LA SECURITE

Entretien des bâtiments

-Etude, planification et suivi des travaux d'entretien du bâtiment, de type préventif ou curatif.
-Supervision gestion des contrôles réglementaires concernant le bâti, les risques sanitaires (eau, amiante, plomb, radon etc...).
-Supervision gestion des carnets sanitaires et des registres de sécurité.
-Supervision gérer le risque incendie par la maintenance règlementaire et opérationnelle des systèmes de sécurité incendie, et maintenir opérationnelle une équipe de première intervention sur incendie, formée et équipée.
-Assistance lors des audits externes et les commissions de sécurité.

Contrats d'entretien

-Etude, suivi et gestion des contrats d'entretien des biens immobiliers et mobiliers (bâtiments, espaces verts, équipements, installations, parc roulant, certains dispositifs médicaux).
-Assurer l'exploitation réglementaire des installations de chauffage, eau chaude sanitaire, traitements d'eau, et installations de plomberie sanitaire.
-Mise en place des astreintes techniques et de chauffage au travers de conventions adaptées pour assurer le maintien 24/24 des installations

Gros travaux

-Production du Plan d'Investissement.
-Suivi des travaux d'entretien de l'existant et de sécurité.
-Prestations de coordination de sécurité et de protection de la santé (missions SPS) pour toutes interventions par des prestataires extérieures intervenant en site occupé.
-Gestion des garanties légales (bon fonctionnement, décennale), des sinistres et des contentieux liés aux travaux.
-Veille règlementaire.

62840000-PRESTATION INFORMATIQUE ET TELECOMS

Coût du matériel configuré, licences d'exploitation, suite bureautique, des connexions fiables et sécurisées, disponibilité, supports antivirus, pare-feu, anti spam, stockage, sauvegarde/plan de reprise des données, assistance 24H/24 7j/7.

62884000-PRESTATION SYSTÈME D'INFORMATION

DPRI Hopital Manager

Dossier informatisé administratif et médical du patient, de facturation, de suivi des encaissements, interface avec la comptabilité. Le coût comprenant le coût du progiciel, la maintenance, les évolutions.

droits utilisateurs

Création des comptes et droits d'accès des utilisateurs sur le réseau Fondation. Assistance et animation sur les différents progiciels.

62884010 PRESTATION RELATIONS HUMAINES & QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

-Le coût des logiciels de paie Sage HRM et de gestion des plannings et des absences Octime, la maintenance et le développement.
-Le calcul de la paie : contrôle des variables, validation de la paie, contrôle bulletin entrées/sorties, production de la DSN.
-Pour les cadres : aide au recrutement, production des contrats avenants, DPAE.
-Assistance logicielle et règlementaire (droit du travail).
-L'appui et le conseil juridique,
-L'animation et le développement des politiques et processus RH
-Suivi de la mise à jour des taux/audit RH, bilan social, indicateurs.

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES

62884020- PRESTATION FINANCIERE

-Garant de la production des comptes globalisés FJB: Bilan, Compte de résultat, Annexe et rapport de gestion.
-Logiciel comptabilité X3, maintenance et mise à jour.
-Gestion de la trésorerie, validation des interfaces, traitement des immobilisations, contrôle budgétaire
-Contrôle de gestion
-Prestations équivalentes en cabinet d'expertise comptable sur les principes d'arrêtés de comptes. Conseille la Direction Générale.
Procédures : mises en place et contrôles sur le fonctionnement courant et les arrêtés de comptes.

62884030 PRESTATION ACHATS

-Le coût logiciel des modules achats et stocks Sage X3, la maintenance et le développement.
-Le respect de la réglementation (pouvoirs adjudicateurs) en sécurisant les procédures d'achats.
-La massification des achats
-La création et la mise à disposition de catalogues de produits avec des coûts maîtrisés
-La gestion et le suivi des contrats d'achats
-La formation des professionnels sur les processus d'approvisionnement et la réglementation afférente.
-Une veille juridique et technologique sur les achats.
-Lors d'un appel d'Offre : soutien pour l'écriture de Cahier des Clauses techniques Particulières, réalisation du dossier d'appel d'Offre et de consultation, analyse administrative, soutien pour l'analyse technique, audition du fournisseur prestataire, choix du fournisseur avec le prescripteur, clôture administrative du dossier, collecte des gains sur Appel d'offre.

62884040- DIRECTION GENERALE

Directeur général :
-responsable devant le Conseil d'administration de la bonne marche de l'ensemble de la Fondation. Il a en charge la vocation particulière de celle-ci au-delà de l'aspect administratif ou médical.
-conduite générale, organisation, sécurité, ordre et discipline
-choix et nomination du personnel
-décision sur les admissions et enregistrement ou prononciation des départs
-préparation et convocation des séances du Conseil, du Bureau et des Comités, conformément aux indications de chaque Président, rédaction et diffusion des comptes rendus des séances du Conseil, du Bureau et des Comités.

Secrétaire général :
-Conseil et appui en lien avec les axes stratégiques fixés au CA, les problématiques budgétaires et la réglementation.
-Aide et accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement
-Accompagnement auprès des partenaires ARS / CD
-Accompagnement dans les relations avec les IRP (CSE)
-Présidence du CCSE (représentation de tous les CSE des établissements lors du CCSE)
-Représentation auprès de la fédération d'employeurs
-Représentation au Conseil de Vie Sociale des Etablissements
-Représentation à la Commission Des Usagers
-Réunion de coordination des activités (réunion tous sites)
-Présentation des budgets et des comptes clos devant le CA
-Rédaction des documents institutionnels (« gammes », « incollables », statuts, règlement intérieur…)
-Entretiens disciplinaires
-Recrutement du personnel cadre

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE : MEDICO SOCIAL

PRESTATIONS TRANSVERSALES

62884050- PRESTATION QUALITE GESTION DES RISQUES

-Conduire les évaluations internes selon le calendrier fixé par l'ANESM. Conduire les évaluations externes avec l'opérateur choisi par la Direction Générale - loi n°2002-2 art 22 du 2 janvier 2002 : 3 évaluations internes et 2 évaluations externes par cycle de 15 ans.
-Mettre à disposition le référentiel ARSENE (support d'évaluation interne), formation à l'outil. Garant méthodologique.
-Inciter une démarche participative et collective d'évaluation.
-Présenter les résultats de l'évaluation en bonne et due forme aux autorités compétentes.
-Tenir les tableaux de bord des plans d'action dédiés.
-Restituer auprès des autorités de contrôle et de tarification et de l'organisation institutionnelle FJB de l'avancée du plan d'amélioration.

62884060- DIRECTION MEDICALE

Le Directeur médical est responsable de l'organisation des actions médicales et soignantes de la Fondation. Il assure avec l'aide des médecins, des internes, des spécialistes qualifiés, des membres des professions paramédicales, éducatives et soignantes, la bonne exécution des soins et des actions thérapeutiques et pédagogiques.
-Il est responsable de l'organisation de la continuité des soins,
-Il participe à l'étude des dossiers d'admission des résidents et y apporte un avis médical,
-Il concourt au recrutement et à la formation du personnel.

ANNEXE 8 : Lien avec le CPOM sanitaire du SVD

La fondation John BOST a contractualisé un CPOM sanitaire au 31/12/2018.

Durant ce CPOM, il est prévu le transfert de 80 lits sanitaires sur Talence pour fin 2021, début 2022. Ces 80 lits sanitaires seront transformés pour parti en lits médico-sociaux en amont du transfert sur Talence, à savoir :

- 40 lits demeurent en sanitaires
- 40 lits sont transformés en lits de MAS (sur le SVD avant transfert)

A ces lits, se rajoute le transfert de 20 lits de MAS du SVD, soit un total de 100 lits

Cette réorganisation a pour conséquence de « neutraliser » les possibilités d'admission sur le SVD, tant en sanitaire que médico-social, jusqu'à un équilibre correspondant au transfert sur Talence (probablement 2 ou 3 ans)

ANNEXE N° 9.1 : TABLEAU DES ENGAGEMENTS DE RETRAITE ET LE NIVEAU DES PROVISIONS ANTERIEUREMENT CONSTITUEES

MAS-FAM

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	Montant indemnités départ en retraite (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement ou mutualisation ou suppression poste	MAS	MAS HR	FAM							Récapitulatif	
				MAS24	MAS HR	Ch t. Riv. HEB	Ch t. Riv. SOIN	Siloë Beth HEB	Siloë Beth SOIN	La Famille HEB	La Famille SOIN	total	ARS	CD24
ANNEE : 2019	13	342 620	Remplacement	164 731	14 635	0	22 855	98 439	8 500	24 960	8 500	342 620	219 221	123 399
ANNEE : 2020	12	318 264	Remplacement	57 852	34 314	0	61 260	31 028	125 310	0	8 500	318 264	287 236	31 028
ANNEE : 2021	12	319 821	Remplacement	65 289	97 232	0	55 368	51 350	8 500	0	42 083	319 821	268 471	51 350
ANNEE : 2022	8	241 744	Remplacement	96 376	83 408	0	7 500	12 500	8 500	0	33 460	241 744	229 244	12 500
ANNEE : 2023	11	275 516	Remplacement	116 920	8 500	49 036	7 500	12 500	48 800	0	32 260	275 516	213 980	61 536
ANNEE : 2024	8	232 855	Remplacement	93 401	8 500	0	7 500	12 500	54 666	47 788	8 500	232 855	172 567	60 288
TOTAL Engagement Retraite		**1 730 820**		**594 569**	**246 589**	**49 036**	**161 983**	**218 317**	**254 276**	**72 748**	**133 303**	**1 730 820**	**1 390 719**	**340 101**
Provisions déjà constituées		*997 096*		*515 779*	*130 422*	*30 000*	*81 916*	*29 000*	*105 000*	*82 779*	*22 200*	*997 096*	*855 317*	141 779
RESTE A FINANCER SUR LES 5 ANS		**733 724**		**78 790**	**116 167**	**19 036**	**80 067**	**189 317**	**149 276**	**-10 031**	**111 103**	**733 724**	**535 402**	**198 322**
1/5 DU RESTE A FINANCER				*15 758*	*23 233*	*3 807*	*16 013*	*37 863*	*29 855*	*-2 006*	*22 221*	*146 745*	*107 080*	*39 664*

EHPAD

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

ESMS couverts par le CPOM	Montant indemnités départ en retraite (Soin et Dépendance) (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement ou mutualisation ou suppression poste	Ars	Dépend.	Hébergem.	TOTAL
ANNEE : 2019	39 104	**Remplacement**	27 373	11 731	10 000	49 104
ANNEE : 2020	23 504	**Remplacement**	16 453	7 051	10 000	33 504
ANNEE : 2021	40 900	**Remplacement**	40 900	0	10 000	50 900
ANNEE : 2022					10 000	10 000
ANNEE : 2023	18 368	**Remplacement**	12 858	5 510	10 000	28 368
ANNEE : 2024	31 098	**Remplacement**	21 769	9 329	10 000	41 098
TOTAL	**152 974**		119 352	33 622	60 000	212 974
Provisions déjà constituées	*103 711*		*23 008*	*33 668*	*47 034*	*103 711*
RESTE A FINANCER SUR LES 5 ANS	**49 263**		**96 343**	**-46**	**12 966**	**109 263**
1/5 DU RESTE A FINANCER			19 269		2 593	21 853

ANNEXE N° 9.2 : TABLEAU DES DEFICITS/EXCEDENTS 2018

Compte Administratif 2018 (source : retour CA 2018)	BETHEL SILOE	CHÂTEAU RIVIERE	LA FAMILLE	EHPAD	MAS	MASHR
RESULTAT 2018 HEBERGEMENT	-50 891	61 800	2 217	-66 223		
RESULTAT 2018 SOIN	-29 160	-54 414	-13 135	5 330	100 909	29 240
RESULTAT 2018 DEPENDANCE				-44 557		
TOTAL	**-80 051**	**7 385**	**-10 917**	**-105 450**	**100 909**	**29 240**

ANNEXE N° 9.3 : TABLEAU DE LA BASE RECONDUCTIBLE SOIN 2020

SOIN	BETHEL SILOE	CHÂTEAU RIVIERE	LA FAMILLE	EHPAD	MAS	MASHR
Base reconductible	2 438 602	901 948	1 023 198	1 481 559	9 388 463	3 459 913
Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à retraite / provisions constituées (cf.annexe 9.1)	29 855	16 013	22 221	19 269	15 758	23 233
Dotation globalisée initiale	**2 468 457**	**917 961**	**1 045 419**	**1 500 828**	**9 404 221**	**3 483 146**

ANNEXE N° 9.4 : TABLEAU DE LA BASE RECONDUCTIBLE DEPENDANCE 2020

Dépendance	EHPAD
Base reconductible	579 427
Projection des personnels susceptibles de faire valoir leurs droits à retraite / provisions constituées (cf.annexe 9.1)	
Dotation globalisée initiale	579 427

ANNEXE N° 9.5 : TABLEAU DE CALCUL DE LA MOYENNE TRIENNALE

ACTIVITE (note 1)	EHPAD	MAS	MASHR
2016	30 127	45 853	14 100
2017	30 362	45 338	14 056
2018	30 274	44659	14102
TOTAL	90 763	135 850	42 258
MOYENNE TRIENNALE	30 254	45 283	14 086
NOMBRE DE PLACES	86	130	40
TOTAL NOMBRE JOURNEES THEORIQUES	31 390	47 450	14 600
TAUX D'OCCUPATION	96,38%	95,43%	96,48%
note (1) : source : tableau d'activité à déposer au plus tard le 31-10-2019			

La moyenne triennale retenue pour les FAM BETHEL SILOË, CHATEAU RIVIERE et LA FAMILLE est celle indiquée sur les BBZ des établissements PH / CD 24.

Annexe 9.6 : BBZ CD

FAM CHÂTEAU RIVIERE	BE 2019	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	313 000	313 000	0	0,00%
Charges groupe II	579 367	579 367	0	0,00%
Charges groupe III	220 000	220 000	0	0,00%
Total classe 6	**1 112 367**	**1 112 367**	**0**	
Recettes groupe I	1 098 663	1 112 367	13 704	1,25%
Recettes groupe II	0	0	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	**1 098 663**	**1 112 367**	**13 704**	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...	0	0		
Résultat N-2	-12 396	0		
Rejet CA 2017	26 100	0		
dépenses non reconductibles	0	0		
Recettes non reconductibles	0	0		
Base de calcul des tarifs	1 098 663	1 112 367	13 704	1,25%
Activité en jours	9 373	9 373		
Prix de journée	117,22	118,68	1,46	1,25%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes NR	1 112 367	1 112 367	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes non reconductibles	118,68	118,68	0,00	0,00%

FAM BETHEL SILOE	BE 2019	BBZ retraité	Ecart	%
Charges groupe I	994 415	994 415	0	0,00%
Charges groupe II	1 798 616	1 798 616	0	0,00%
Charges groupe III	567 260	567 260	0	0,00%
Total classe 6	**3 360 291**	**3 360 291**	**0**	
Recettes groupe I	3 359 258	3 357 791	-1 467	-0,04%
Recettes groupe II	2 500	2 500	0	
Recettes groupe III	0	0	0	
Total classe 7	**3 361 758**	**3 360 291**	**-1 467**	
Résultat comptable	0	0	0	
Comptes 116,...	0	0		
Résultat N-2	-32 668	0		
Rejet CA 2017	31 200	0,00		
dépenses non reconductibles	22 339	0		
Recettes non reconductibles	0	0		
Base de calcul des tarifs	3 359 258	3 357 791	-1 467	-0,04%
Activité en jours	27 584	27 584		
Prix de journée	121,78	121,73	-0,05	-0,04%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes NR	3 335 451	3 357 791	22 339,59	0,67%
Prix de journée hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes non reconductibles	120,92	121,73	0,81	0,67%

FAM LA FAMILLE	BE 2019	BBZ retraité	Ecart	%	
Charges groupe I		262 670	262 670	0	0,00%
Charges groupe II		668 967	668 967	0	0,00%
Charges groupe III		375 428	375 428	0	0,00%
Total classe 6		**1 307 065**	**1 307 065**	**0**	
Recettes groupe I		1 278 380	1 278 515	135	0,01%
Recettes groupe II		28 550	28 550	0	
Recettes groupe III		0	0	0	
Total classe 7		**1 306 930**	**1 307 065**	**135**	
Résultat comptable		0	0	0	
Comptes 116,...		0	0		
Résultat N-2		0	0		
Rejet CA 2017		135	0,00		
dépenses non reconductibles		0	0		
Recettes non reconductibles		0	0		
Base de calcul des tarifs		1 278 380	1 278 515	135	0,01%
Activité en jours		11 414	11 414		
Prix de journée		112,00	112,01	0,01	0,01%
Base de calcul des tarifs hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes NR		1 278 515	1 278 515	0,00	0,00%
Prix de journée hors reprise de résultat, rejet CA et dépenses et recettes non reconductibles		112,01	112,01	0,00	0,00%

Listing des différents partenariats

APS		
Comité Départemental Sport Adapté	Allée de la Closerie	Antonne-et-Trigonant
Première compagnie d'Arc du Périgord	rue du Moulin de Chadeau	La Force
Site sportif du Mourennes	Communauté de Communes Pays Foyen	Pineuilh
Raquette pontchaptoise en pays Foyen		Port Ste Foy et Ponchapt
Association Sport Boules Pineuilh	Avenue de la gare	Pineuilh
Tennis Adapté	Marine Beney, route de Peymilou	Prigonrieux
Association Gymnaste et Trampolyn	rue Théodore Toulouse	Pineuilh
Association "Entre Riviere et Moulin"	Amicale Laïque	Port Ste Foy et Ponchapt
ES Gardonne Basket		Gardonne

Culture		
Melkior théâtre	Espace René Coicaud	Bergerac
Rock School du Rocksane		Bergerac
Ecole Primaire La Force		La Force
College Max Bramerie		
Association Retour d'image	Rue Lacharrière	Paris
MFR		La Force
David Molinari (musicien)	Rue de l'hermitage	Mussidan

Loisirs		
Atelier Terre de Sienne	Anne Fourrel de Frettes , rue Eugène Leroy	Prigonrieux
Atelier 104	Ecole de Musique et Danse, rue J.L Faure	Ste Foy la grande
Théatre au vent	Compagnie de Théatre	Bordeaux
Stage de danse Lucile Niquot		Bergerac
Compagnie Avance et Colore		Sourzac
Nathalie Cosson (artiste plasticien)	residence les jardins de Madame	Sarlat
Frank Feurté (artiste plasticien)	palais de l'ombrière	Bordeaux
Camille Douek	directrice artistique Hermès	Paris
Pole de soins et de réhabilitation de la dordogne	CH Vauclaire	Montpon
MAS Maud Mannoni	Ch Vauclaire	Montpon
Maison d'enfants de la Vallée	Place Marcel Ventetat	Lalinde
Relais Sésame Autisme en Pays Foyen		Gardonne
Papillons Blancs IME Rosette-Regain	Allée Françoise Dolto	Bergerac
Ehpad résidence cavalerie	rue Salvador Allende	Prigonrieux
Association l' Abeille Périgordine		
La compagnie Gens de Parole		Monastier
David Kozar (prestation musicale)		Gardonne
Association La Tresse		Mussidan

Animation (évènements)		
Les attelages de Monsacou	lieu dit Monsacou	Lamonzie St Martin
Association Mosaïque	Foyer Laique	La Force
groupe SWIRL		
Duo coarda	rue Jean Philippe Rameau	Bergerac
Association Les UnsDifférents	IMP des Aires	Bouilargues
Association Le Ch ur Voya eur		Bordeaux
Association Ch ur en B		Bergerac
Chorale Sarabande		Domont
Macha (groupe musical)		Bergerac
Association Paroles et Musiques		Ste Foy la Grande

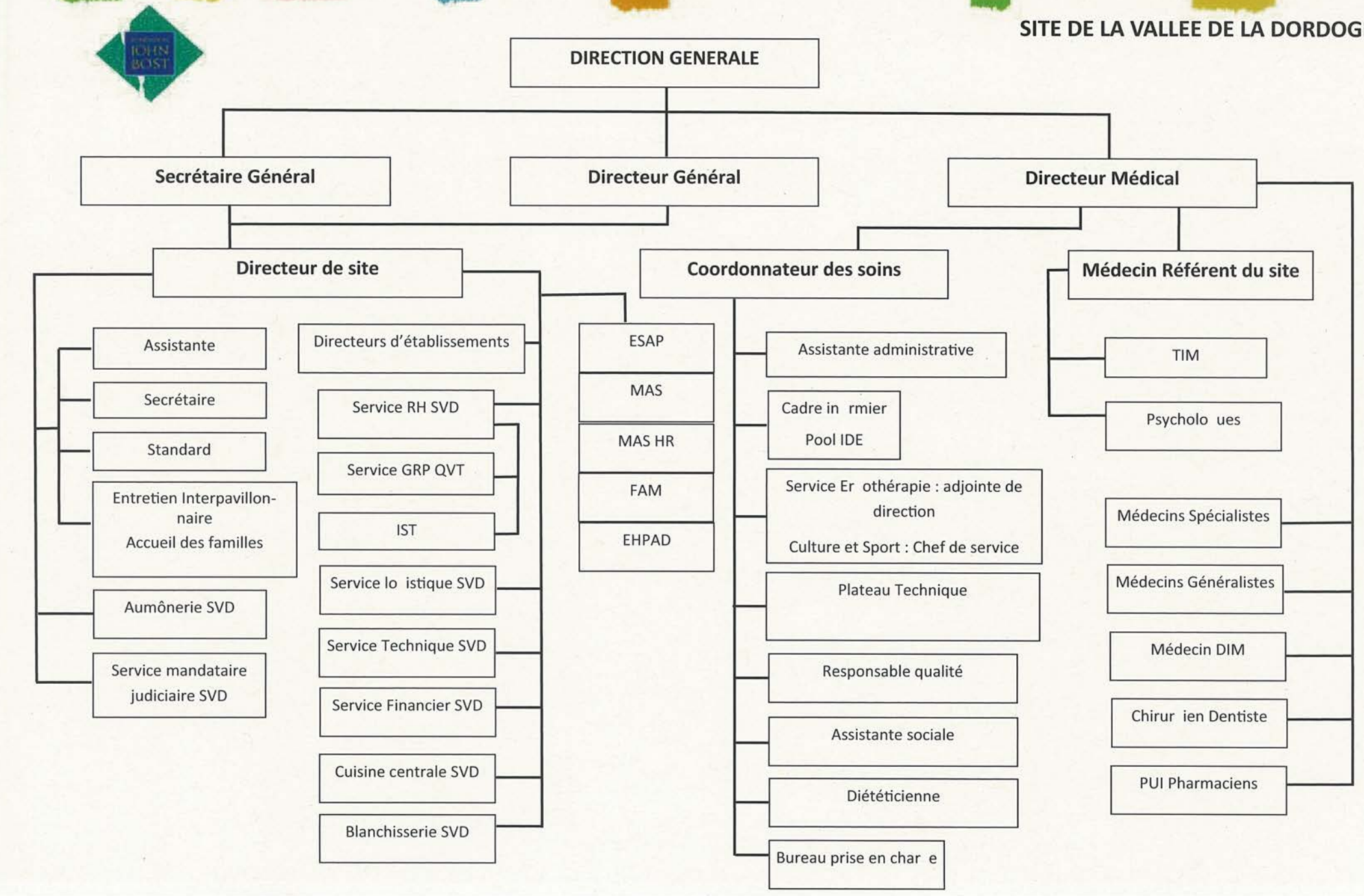
PARTENARIATS ET COOPERATIONS

Liste des partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur coopérations ?
Convention de partenariat avec le CH de Bergerac		Relayer l'information à l'ensemble des professionnels autres que soignants	
Convention de partenariat avec l'HAD clinique Pasteur		"	
Convention constitutive de GCS de santé mentale de Dordogne		"	
Convention de partenariat avec le CH de Sainte-Foy-La-Grande		"	
Convention de partenariat avec le CHU du Bordeaux		"	
Convention de partenariat avec le réseau de soins palliatifs et d'accompagnement 24		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Rambault-Mautuit (Ophtalmologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et les Docteurs Vircoulon et Oysel (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Delabrousse-Mayoux (Neurologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Beauchamps (Gynécologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur Berchebru-Bertrand (Dermotologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur KHELLAF (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur LEHERISSIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et le Docteur FALQUIER (Cardiologie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Tolomio (Orthophonie)		"	
Convention de partenariat entre la Fondation John Bost et Mme Fruttero (Orthoptie)		"	
Partenariat avec le Comité Local de Santé Mentale de la CAB		"	
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de		"	

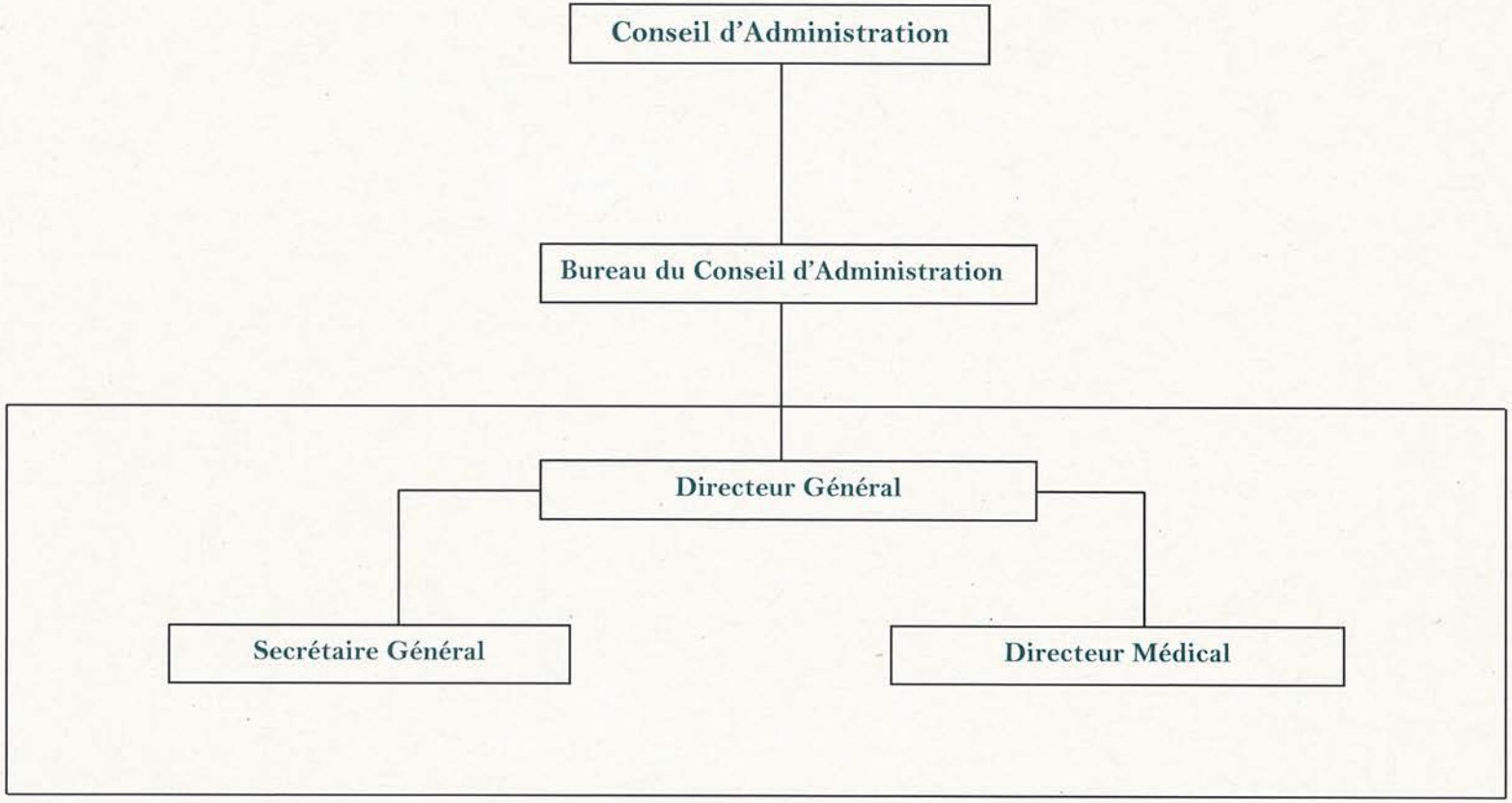
Prestations Externalisées (PCPE) 33			
Partenariat avec le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) 24		"	
Partenariat et convention avec l'Association Croix-Marine 24		"	

Ainsi que de Multiples conventions de mises à disposition de locaux et dispositifs du plateau du SVD.

SITE DE LA VALLEE DE LA DORDOGNE



FONDATION JOHN BOST
Organigramme Général



24/05/2016