



RECUEIL  
DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
DU  
DÉPARTEMENT

(COMMISSION PERMANENTE – TOME III)

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

---

**Réunion du 13 décembre 2021**

---

**DELIBERATIONS  
(n<sup>os</sup> 21.CP.VIII.30 à 21.CP.VIII.36)**

**2<sup>ème</sup> Recueil**

**\*\***

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.30**

**Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2022-2026 avec des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Germinal PEIRO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CP.VIII.30

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2022-2026 avec des Etablissements  
d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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), pour la période 2022-2026, entre l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA), le Département de la Dordogne et :

- La Société par Actions Simplifiée (SAS) « Résidence des Quatre Saisons », Gestionnaire de l'EHPAD « Résidence des Quatre Saisons » à Terrasson-Lavilledieu ;
- La Maison de Retraite de Mussidan, Gestionnaire de l'EHPAD de Mussidan ;
- La Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC), Gestionnaire de l'EHPAD « La Chêneraie » à Bassillac ;
- La Société par Actions Simplifiée (SAS) Colisée France, Gestionnaire des EHPAD « Les Chaminades » à Champagnac-de-Bélaire et « La Cavalerie » à Prignonieux ;
- L'Association La Compassion, Gestionnaire de l'EHPAD « La Feuilleraie » à Razac-sur-l'Isle ;
- L'EHPAD de Montignac, Gestionnaire de l'EHPAD « Eugène Le Roy » à Montignac.

**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  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,

**Bruno LAMONERIE**



## **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le Département de la Dordogne**

**ET**

**La SAS « Résidence des Quatre Saisons »**

## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	5
1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT .....	5
2) L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE .....	5
3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE .....	6
4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM .....	6
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM .....	6
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM .....	8
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence.....	8
4.4 Engagements du Gestionnaire de la Résidence des Quatre Saisons.....	9
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit.....	10
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM.....	10
TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	11
5) LE SUIVI ET L'EVALUATION DU CONTRAT .....	11
6) LE TRAITEMENT DES LITIGES.....	13
7) LA REVISION DU CONTRAT .....	13
8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM.....	13
9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM .....	13
10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD .....	13
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM .....	14

Entre,

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

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Benoît ELLEBOODE, 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,

La SAS « Résidence des Quatre Saisons » représentée par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Madame Sophie BIDEAU, Directrice Générale,

## Visas et références juridiques :

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

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

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

**Vu** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

**Vu** la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**Vu** l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

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

**VU** la décision du 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

### **Il a été conclu ce qui suit :**

#### **Préambule :**

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et la Résidence des 4 Saisons conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagement réciproque tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun.

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

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



# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

---

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS :  
24 001 687 3
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : Société par Actions Simplifiée
- Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : Entité juridique unique, appartenance au Groupe Mieux Vivre
- Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
- Organigramme de l'entité gestionnaire : ci-joint

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

- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat :
  - Arrêté conjoint ARS/CD n° SPAE-18-142 du 7 août 2018
- Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM : **Non concerné**
- 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 : 24 000 871 4

- 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 Résidence des Quatre Saisons n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

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

Non concerné

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

**Non concerné**

### **3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE**

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

### **4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM**

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

#### **4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM**

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

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

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

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

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

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

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge, dont la durée est fixée par les textes, durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

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

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

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

Le forfait global soins de La Résidence des Quatre Saisons relève du tarif global sans PUI

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

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

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

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

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

#### **4.1.3 – dispositions communes aux financeurs**

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

Le gestionnaire de la Résidence des Quatre Saisons reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Le gestionnaire la Résidence des Quatre Saisons peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 procéder librement au cours de l'exercice à :

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

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithmique ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

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

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

## 4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

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

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

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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2021 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).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 01/01/2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 871 4	Les quatre saisons	1 767 178 €	1 703 743€	63 435.00€

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

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2021</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 871 4	Les quatre saisons	615 841,40 € TTC	615 841,40 € TTC	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.

#### 4.4 Engagements du Gestionnaire de la Résidence des Quatre Saisons

Le gestionnaire s'engage à :

- Atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :

✓ à un taux minimum de 95%

- Respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

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

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la Dordogne
- La Résidence des Quatre Saisons signataire du contrat.

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

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

**Une Exception au principe** : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 du CASF, les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (r314-234 et R314-244 du CASF).

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

## **Priorités ARS / Conseil Départemental:**

Ainsi il est convenu une fongibilité totale des résultats et de leurs affectations.

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 Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex *secteur PH* : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -.Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, formation..)

■ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

## **TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT**

---

### **5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT**

- [La composition du comité de suivi](#)

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Deux représentants de l'organisme gestionnaire ;

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

- [Documents à produire :](#)

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

Dans le cadre du dialogue de gestion, 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.

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

- [Les dialogues de gestion](#)

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

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

- [Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat](#) :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières ou crise sanitaire) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre



recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1<sup>o</sup> 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

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



# DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

## Résidence des Quatre Saisons

## Table des matières

Résidence des Quatre Saisons .....	1
<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
2.1.2. Situation financière du gestionnaire .....	3
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM .....	4
2.2.1. Evaluations internes et externes.....	4
2.2.2. Coopérations et conventions.....	4
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	7
2.2.5. Innovations en santé .....	7
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>8</b>
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE .....	8
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) .....	8
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord .....	10
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	11
3.2.1. Activité - EHPAD Les Quatre Saisons .....	11
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Les Quatre Saisons.....	12
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Les Quatre Saisons.....	13
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Les Quatre Saisons.....	14
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD Les Quatre Saisons .....	17
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>20</b>

## 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
240008714	Résidence des Quatre Saisons	privé	105	105	non
TOTAL					

## 2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

### 2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

#### 2.1.1. Mutualisation

*Existence d'un siège du gestionnaire : Oui*

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège :

Préciser notamment :

- Date d'autorisation :
- Durée :
- Qui est l'autorité de tarification compétente :
- Modalités de fixation des frais de siège (*à chiffrer*) :
- Activités financées dans le cadre de l'autorisation :
- Nombre d'ESMS concernés par les frais de siège :

*Personnel financé par les frais de siège au CA n-1*

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
	Non concerné		
TOTAL			

#### 2.1.2. Situation financière du gestionnaire

*Résultats comptables du siège*

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses		Non concerné	
<b>Net</b>			
Retraitements comptables ( <i>variation des congés payés, reprises...</i> )			
<b>RESULTAT A AFFECTER</b>			

## Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. Non concerné

### **2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM**

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

#### **2.2.1. Evaluations internes et externes**

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

##### **Evaluation interne**

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
Résidence des Quatre Saisons	30/06/2013	2022

##### **Evaluation externe**

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
Résidence des Quatre Saisons	20-21 /05/2014	2024

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

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS
		Non concerné	

#### **2.2.2. Coopérations et conventions**

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		
Une équipe mobile de gériatrie	X		
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		
Un établissement de santé	X		
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	
Autres	X		ALURAD et consultations avec un psycho-gériatre

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Télé médecine			Pas assez de recul-démarrage 1 semestre 2020
Kiné	Présence 3fois /semaine – bilan avec IDEC 1/semaine-collaboration avec l'ergo salarié		
Ecole IFSI et IFASS	Lieu de stage reconnu, salariés valorisés, levier de recrutement	Formation tuteur pour les 8 salariés à prévoir	Positif, amène une ouverture sur l'extérieur-amélioration continue de la qualité
Bénévoles	Présence hebdomadaire et quotidienne - soutien pour les résidents- soutien pour l'EHPAD lors de manifestations	Besoin de formation en lien avec les troubles cognitifs	Un lien social
Siel Bleu	Prestation extérieure animée par des professionnels		Un réel apport sur la mobilité physique
Musicothérapeute	Réalise des séances individuelles ou en groupe		Réel bénéfice pour les résidents en difficultés relationnelles
Centre de loisirs	Permettre aux résidents de garder un lien inter générationnel	Etendre avec les autres établissements de la ville	Rencontres intergénérationnelles
PTA	Avoir un interlocuteur privilégié lors de certaines admissions ou de retours à domicile		Un soutien
Filière gériatrique du Périgord noir	Echanger avec des professionnels et construction de projets		Un soutien
Sapeur Pompiers	2 salariés formés à une expertise d'urgence en continu	Cout de remplacement lors des formations dispensées par les pompiers, interventions non pris en charge-Manque de temps pour transmettre aux équipes	L'apport d'une expertise
Coiffeuse	Donne un après midi tous les 2 mois pour coiffer gratuitement les salariés		Un réel apport dans le cadre de notre démarche QVT
Prestations de massage pour le personnel	Apporte un bien être aux salariés	Représente un cout – 8 séances par an -	Très apprécié par le personnel intégré dans notre démarche QVT
Laboratoire d'analyses médicales	Les résultats arrivent directement dans le dossier de soin informatisé- Etude et analyses des risques biologiques		Alerte regard et conseil d'un expert
CLUD	Accéder à de la formation et de l'information en interclud		Souhait de créer un CLUD interne
Prestation en assistance respiratoire	Possibilité de répondre à la demande d'assistance respiratoire 24h/24	Possibilité de disposer d'une bouteille à haute concentration en oxygène	

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

### 2.2.3. Politique des ressources humaines

#### Principaux axes de la politique des ressources humaines du gestionnaire

ESMS couverts par le CPOM	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Résidence des Quatre Saisons	Equipe plutôt stable	Le recrutement des IDE et du poste de médecin coordonnateur	

#### Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	oui		Mutualisation et échanges entre les établissements du groupe	Avoir une véritable visibilité sur les modalités de notre nouvel OPCO – Manque de budget pour satisfaire les vœux des salariés	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	Oui		Anticiper les départs en formation	Doit être mieux formalisé	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	oui				
Adéquation du personnel aux missions ?	oui		Même en cas de remplacement		



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
<b>ANNEE N :</b> 2020	<u>1</u>	<u>AS</u>	7800	remplacement
<b>ANNEE N + 1 :</b> 2021	<u>1</u>	<u>ASH</u>		<b>remplacement</b>
<b>ANNEE N + 2 :</b> 2022	<u>2</u>	<u>2 A.S</u>		<b>remplacement</b>
<b>ANNEE N + 3 :</b> 2023	<u>3</u>	<u>1 AS</u> <u>2 ASH</u>		<b>remplacement</b>
<b>ANNEE N + 4 :</b> 2024	<u>2</u>	<u>2 ASH</u>		<b>remplacement</b>
<b>TOTAL</b>	9			
Provisions déjà constituées				
<b>RESTE A FINANCER</b>				

**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 ?
	Non concerné		

**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...*) ?
- Equipement des tablettes pour l'ensemble des soignants ( AS/ AMP et IDE) facilitant la lecture des prises en charge, la traçabilité et amène un gain de temps.

## 3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

### 3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données. Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

#### 3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

##### a) Données de caractérisation

###### Identification de l'ESMS

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

###### Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : **Oui**

###### Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire/accueil de jour*) : **105 hébergement permanent**
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : **0**
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : **Oui**

###### Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : **Oui**
- Organisation comprenant un pool de remplacement : **Oui**
- Nature du diplôme du Directeur : **Master II Directeur des établissements de Santé**

###### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : **Oui**
- Accès à un groupe électrogène : **Oui**
- Nombre de chambres individuelles : **57**
- Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte **de pas d'accueil jour**
- Plateau technique/Equipement en propre : **Salle de stimulation sensorielle, balnéothérapie.**

###### Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : **Oui**
- Partenariat avec un réseau de santé: **Oui**
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale: **Oui**
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : **Oui soins palliatifs et gériatriques**

##### 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 à ce jour**

###### Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu : **784.46**

- Dernier GMP validé : 784.46
- Dernier PMP connu : 251
- Dernier PMP validé : 240

#### 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 35.23%
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) 0.96 %

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : 97.2%

#### 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) : 37.14%

### 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 : 1.2 ETP soit 2%
- Taux de prestations externes : 2.42 unités soit 4.19%

#### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 2.42%
- Taux d'absentéisme par motif : AT/MP : 7.81% - Maladie : 86.05% - Maternité : 6.13%

### d) Finances et budget (axe n° 3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

#### Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 100 %
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 100%

#### Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 0.55%
- Taux de vétusté des constructions : inconnu
- Taux d'endettement : Entreprise privée – données non communiquées
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : : Entreprise privée – données non communiquées

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

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : 100% sur le Groupe 1
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
  - o Groupe 1 = 6.78%
  - o Groupe 2 = 90.03%
  - o Groupe 3 = 3.19%

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

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
  - o Dépendance = 22.27%
  - o Soins = 77.73%
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
  - o Dépendance = 22.27%

- Soins = 77.73%
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 100%
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins : Dispositifs médicaux, locations de matériel médical, entretien et maintenance du matériel médical, Honoraires médicaux et paramédicaux, dotations aux amortissements du matériel de soins, charges de personnel soignant (AS/AMP, ASG, IDE, AAM, Médecin)

### 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) : 87.34%
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : 82.35%

#### Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS :
- Le Système d'information de la Résidence les 4 saisons est articulé autour d'une organisation mise en place et gérée par le service informatique centralisé du Groupe Mieux Vivre à Pessac (33).
- Ce Groupe gère ainsi les Systèmes d'Information des onze résidences dont il a la responsabilité.
- 
- Afin d'améliorer de manière continue notre efficacité, le Groupe est assisté d'un partenaire extérieur pour les Hotline de niveau 1 et pour la partie ingénierie. Pour information, ce partenaire est référencé « [Cybermalveillance.gouv.fr](http://Cybermalveillance.gouv.fr) »
- 
- Dans un contexte multi sites, l'infrastructure de notre système d'information est centralisée sur ce siège (avec redondance des serveurs, serveurs garantis par le constructeur et les éditeurs logiciels). Le système de sauvegarde est également centralisé et dupliqué sur plusieurs supports. Ces sauvegardes sont effectuées toutes les heures en journée pour la partie Soins. Deux autres sauvegardes sont réalisées (quotidiennes et mensuelles).
- 
- Au sein de notre résidence, nous utilisons :
- **l'ERP TITAN** (Soins, facturation etc.) et le Pack Office. Depuis quelques semaines, les infirmières utilisent des tablettes pour tracer les soins (en complément du pointage de la distribution des traitements) ainsi que les aides soignantes afin d'assurer le suivi des transmissions (horodatage des transmissions, amélioration de leur qualité, fiabilité et rapidité).
- Le logiciel **AGEVAL** pour le suivi de la démarche continue de la qualité
- L'application **MEDGO** pour la gestion des remplacements

#### 3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS xxx	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
----------	--------------	-----------------------	--------------

Données de caractérisation	Tarif global- capacité à 105 lits – outils de la loi 2.2.  Grand nombres de partenariats et de conventions signées ouvrant l'établissement sur l'extérieure- Un grand parc extérieur utilisé par les résidents et familles	Pas de signature de conventionnement depuis 2014 – offrir une diversité de type d'accueil – Transfert des résidents dans un bâtiment neuf à moyen terme	
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	GMP stable – une DMS élevée- Présence d'IDE de nuit permettant une continuité des soins et une qualité pour les résidents (perfusion posée la nuit plus confortable- circuit du médicament sécurisé)	Une gestion difficile pour les personnes hors département ( environ la moitié des résidents accueillis)- augmenter la formation du personnel aux troubles neurodégénératifs	Baisse des hospitalisations en lien avec la présence de nuit des IDE- Dans le futur projet prévoir accueil de jour, PASA et unités spécifiques
Axe n°2 : Ressources humaines	Stabilité du personnel – existence d'un pôle de remplaçants- Formation diplômante D.U des IDE- Une équipe encadrante stable et à l'écoute. Présence d'une démarche prévention des risques et QVT	Recrutement du médico- L'attractivité du secteur- ratio de personnels en adéquation avec les pathologies et la dépendance des résidents	Réputation de l'établissement acquise depuis 30 ans
Axe n°3 : Finances et budget	Equilibre financier	Besoin de financements complémentaires pour des actions projets innovants	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	A jour de ces évaluations- +référénte qualité et risques pro à temps plein au siège en soutien – Logiciel AGEVAL pour le suivi des démarches		Projet d'établissement à réactualiser en 2022

### 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

#### 3.2.1. Activité - EHPAD Les Quatre Saisons

##### Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	38325		
Journées réalisées	37250		
Taux d'occupation	97.20%		

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

Le taux d'occupation est toujours resté stable, mise à part une baisse significative de mai à septembre 2019 en lien avec l'ouverture d'un EHPAD de 102 lits à 25 km de la résidence.

L'établissement utilise Via trajectoire afin de pouvoir répondre rapidement à des demandes d'admission.

Connaissance des atouts et de la qualité de l'établissement par le réseau de proximité.

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.

Une liste d'attente existe, mais n'est pas très représentative puisque la même demande est faite dans plusieurs établissements. Actuellement 5 dossiers de pré admissions en attente.

**3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Les Quatre Saisons**

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration	3	0.03	3				
Services généraux	4.32	0.04	4.32				
Animation	1	0.01	1				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	15.47	0.15	7.49	7.99			
Aide-soignant- AMP-ASG	26.65	0.25		5.49	21.15		
Psychologue	0.59	0.01		0.59			
Infirmière	8.21	0.08			8.21	0.79	
Auxiliaires médicaux	1	0.01			1	0.5	
Pharmacien ou préparateur	0						
Médecin coordonnateur	0.35	0.				0.35	
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>59.59</b>	<b>0.57</b>	<b>15.81</b>	<b>14.07</b>	<b>30.36</b>	<b>1.14</b>	

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 11

Commentaires éventuels :

Difficulté croissante pour les nouveaux résidents d'avoir un médecin traitant pouvant intervenir à l'EHPAD.

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
ADM	0	0	0
CSG	0.16%	0.22%	0
AV/ASH	0.72%	0.12%	2 (sans arrêt de travail)
IDE	0.48%	0.03%	5 (2 avec arrêt de travail)
AS/AMP	1.06%	0.06%	12 3avec arrêt de travail)

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

- Causes : un arrêt de longue durée avant maternité (150 jours), deux longs arrêts pendant les procédures d'inaptitudes (72 et 159 jours) avant les fins de contrats, ainsi qu'un arrêt longue durée (année entière 365 jours) pas de reprise avant le départ en retraite
- Difficultés liées : le pool de remplaçants constitué, comble ces absences longues durées ce qui oblige à recruter de nouveaux remplaçants qu'il faut former.

### 3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Les Quatre Saisons

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

#### Recettes-dépenses et résultats - Section soins

▪ **Les recettes sur la période :**

ESMS XXX	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de recettes		542285.57	1601442.71	2126474.82								
Groupe 1		542285.57	1584189.25	2126474.7								
Groupe 2												
Groupe 3			17253.45	17253.45								

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :*

**En raison du rachat de l'établissement en avril 2018, seules les données de 2018 sont disponibles.**

▪ **Les dépenses sur la période :**

ESMS XXX	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
Total Groupes de dépenses		542285.57	1601442.7	2143728.27								
Groupe 1		64795.446	250029.3	314824.76								
Groupe 2		477490.1	1345814.76	1823304.8								
Groupe 3		0	5598.65	5598.65								

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :*

**En raison du rachat de l'établissement en avril 2018, seules les données de 2018 sont disponibles.**

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS xxx	N-1	N-2	N-3
Recettes	2126474.82		
Dépenses	2143728.27		
<b>Net</b>	<b>-17253.45</b>		
Retraitements comptables ( <i>variations congés payés, reprises...</i> )	<b>+17253.45</b>		
<b>Résultat à affecter</b>	<b>0</b>		
<b>AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES</b>			
<b>N-1</b>			
<b>N-2</b>			
<b>N-3</b>			

### Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. **Non concernés**

### Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/**Non**

Durée : ..... ans

Période du .... / .... / .... Au .... / .... / ....

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux  
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

### Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

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

Commentaires :

### Projets d'investissement

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

Un projet de rénovation ou reconstruction de l'établissement est en cours d'étude, dans un premier temps sur la faisabilité sur site ou non.

### 3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Les Quatre Saisons

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



ESMS xxx	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	Oui			
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui			
Contrat de séjour	Oui			
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui			
Règlement de fonctionnement	Oui			
Projet d'établissement	oui			
<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	oui	Comité éthique et bientraitance - formation référent par ARS - psychologue transversale référent bientraitance	Disposer d'enveloppe complémentaire pour former l'ensemble du personnel	
Projet d'accompagnement personnalisé	oui	Création en respect des recommandations d'un PPA associé avec le plan de soin infirmier (PSI)		
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	oui	Formation dispensé par l'équipe mobile de soins palliatifs-prévention des chutes avec Siel Bleu	Disposer de l'expertise d'une orthophoniste	
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	oui	Mini formation régulières sur la déclaration des EI-		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	oui	Avec le logiciel AGEVAL		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	oui		Reformer le personnel	Classeur disponible en salle de pause

**GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS**

Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	oui			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	oui			
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	Oui	2016	Recruter un Médco	
Livret thérapeutique en place	Oui		A réactualiser lors du recrutement d'un médco	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	oui	Accessible sur tablette		
Protocole risque de chute	oui	Prévention avec l'ergo auprès des résidents et des salariés.- analyse des chutes en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire	Réduire le nombre de chutes-	
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	une IDE diplômée D.U en gérontologie- l'établissement dispose de matériel adapté- Relève, analyse et diminution des risques associés		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	oui	2 chariots - spécifiques	Former le personnel à la prévention et aux soins bucco dentaires	
Prise en charge de la douleur	oui	Un IDE en formation D.U Douleur- l'IDEC participe aux réunions inter CLUD -	Projet de création d'un CLUD	
Accompagnement de la fin de vie	oui	Un IDE diplômé D.U soins palliatifs - rédaction en cours du processus soins palliatifs		
Prise en charge de la dénutrition	oui	Suivi régulier		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	oui	Présence d'une psychologue à 0.80 ETP	Un passage à temps plein serait justifié- prévoir la formation d'aromathérapie et l'achat de matériel - et une formation- action à la relation d'aide	

[Circuit du médicament](#)

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : **Non**

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li> <li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li> <li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li> <li>- L'administration des médicaments dont l'identivigilance</li> <li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li> <li>- L'informatisation du circuit du médicament</li> <li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li> </ul>	<p>le psychogériatrie intervient mensuellement et donne un avis sur ces prescriptions. Elle est assurée quotidiennement par les officines</p> <p>La préparation s'effectue dans la pharmacie sécurisée par un intervenant des officines. L'administration est exclusivement assurée par les IDE, à l'aide des tablettes (identité + photo) La pharmacie sécurisée dispose d'un coffre à toxique ainsi qu'un réfrigérateur dédié.</p> <p>Les ordonnances sont rédigées uniquement sur le logiciel de soin avec une traçabilité de la distribution. Elle est tracée systématiquement et fait l'objet d'une analyse et d'actions correctives. Une analyse et un suivi de l'ensemble du circuit du médicament est réalisé avec l'outil Interdiag .</p> <p>Une réflexion est en cours pour la mise en place d'une préparation sécurisée en officine de piluliers blistérés</p>

### 3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Les Quatre Saisons

<b>Nom EHPAD : Résidence des Quatre Saisons</b>				
<b>Date d'effet de la convention : AVRIL 2014</b>				
<b>Date de fin de la convention : AVRIL 2019</b>				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
Réactualiser le projet d'établissement	Actualiser le projet d'établissement en y intégrant la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer	Sollicitation des résidents – familles et salariés- réunions par thèmes planifiées de février à juin 2015. Rédaction de juillet à décembre 2015	R	
	Organiser la formation du personnel sur la maladie d'Alzheimer et réaliser des mini formations régulières	L'arrivée du médecin coordonnateur a permis de programmer ces formations	R Jusqu' à mars 2019	L'absence de Médcop depuis mars 2019- les mini formations sont reprises par la psychologue et l'IDEC
Formaliser l'individualisation de la prise en	Action 1 : Formaliser un projet de vie individualisé pour chaque résident dans		R	

charge au regard du contrat de séjour	les 6 mois suivants l'admission et réactualiser à minima tous les ans, comme mentionné à l'article 1 du contrat de séjour. Ce PVI sera systématiquement présenté au résident et/ou à sa famille.			
Construire et exécuter le budget prévisionnel	1) Etablir le budget prévisionnel annuel au regard des besoins constatés (GMP,PMP)		R	
	2) Assurer les recrutements dans le respect des ratios d'encadrement prévu par la convention Tripartite	Parcours VAE aide soignante pour 2 salariés et formation auxiliaire de vie pour un salarié et formation pour DEAES pour un salarié	R	Difficultés pour recruter un médecin coordonnateur
Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaines	1) Adapter l'organisation du travail afin de répartir au mieux la charge de travail du personnel et garantir la qualité de la prise en charge		R	Des groupes de travail ont été constitués afin d'améliorer l'organisation et la prise en charge des résidents (privilégier le travail en binôme, être plus nombreuses le matin et le soir)- Un nouveau planning proposé par les salariés a été mis à l'essai depuis 2019 après quelques ajustements et vote des salariés planning adopté
	2) Poursuivre la formation du personnel sur la bonne prise en charge du résident		p	Absence du medco- Formation action (simulateur du vieillissement) étendu à l'ensemble du personnel en cours depuis 2019
	3) Mettre en œuvre un véritable projet social afin de fédérer et fidéliser le personnel		R	L'établissement s'est engagé dans les Clusters QVT initié par l'ARS. Mise en place de séances de massage individuel pour les salariés, demi journée de coiffeur gratuit pour les salariés sur la résidence- Création d'une salle de pause destinée au repos ( canapé lit, transat, salon) avec la participation des salariés- installation de distributeurs de crème pour les mains – Nouvelles tenues professionnelles colorées- Mise en place d'une prime d'intéressement validé en CSE- Achat de tablettes pour l'ensemble des soignants
Transmettre le rapport médical	1) Réaliser un rapport d'activités médicales annuel		R	Chaque année- rapport transmis à l'ARS

annuel à l'ARS				
	2) Envoyer le rapport d'activités médicales en tant qu'annexe du compte d'emploi de l'établissement		R	
Améliorer la prévention de la légionellose	1) Actualiser les protocoles de gestion notamment pour la contamination du réseau par la légionnelle		R	Classeur sanitaire tenu à jour- température prises chaque jour- prélèvements effectués par un organisme indépendant
	2) Poursuivre la traçabilité des opérations d'entretien et de maintenance du réseau d'eau (carnet sanitaire)		R	
	3) Mettre en place un plan d'action suite au diagnostic du réseau d'eau chaude sanitaire		R	
Améliorer la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux	1) Mettre en place une fréquence hebdomadaire d'enlèvement des DASRI		R	
	2) Réfléchir à la création d'un local de stockage, en fonction des quantités produites		R	
Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	1) Mettre en place le projet de bus dentaire à l'initiative régionale		NR	Projet régional ORPEA (ancien gestionnaire) Mise en place d'une formation pour l'ensemble du personnel par Conceptys 2 fois par an- à remettre en place
	2) Engager une réflexion sur la mise à disposition d'un bus dentaire auprès des autres EHPAD du territoire		NR	
	3) Organiser la graduation de la prise en charge (EHPAD → cabinet ou bus dentaire → Etablissement de Santé)		NR	
Améliorer la coordination avec les professionnels libéraux intervenants dans l'établissement	1) Poursuivre les réunions de Commission de Coordination Gériatrique en associant le plus de professionnels possible pour favoriser les relations entre eux et avec l'établissement		NR	L'arrivée du medco en novembre 2018 n'a pas permis de les programmer en 2018
	2) Poursuivre l'incitation à signer des conventions auprès des médecins libéraux et kinésithérapeute		R	

Organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours, par le biais de relations formalisées	1) Inciter les pharmacies partenaires à prendre en charge le conditionnement des piluliers et des systèmes Blisters		R	Fait depuis le 1 <sup>er</sup> décembre 2014
--	---	--	---	--

#### 4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

---

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?

Pas de modification de capacité envisagée.

- Des alternatives à l'hébergement permanent sont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant) ?

Pas à ce stade.

- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

L'hébergement temporaire d'urgence peut être étudié selon les modalités qui seront définies sur le territoire.

## ANNEXE N° 4.1: FICHES ACTION

AXE : parcours et coordination

Fiche Action N°1 Les soins palliatifs	
<p>Référent (personne ou institution) : <b>Résidence des Quatre Saisons</b></p> <p><b>Béatrice Favreau</b> directrice</p> <p><b>Stéphanie Lamonzie</b> IDEC</p>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Une forte demande mais pas de soins adaptés et spécifiques à proposer</p> <p>Difficulté de l'équipe dans la compréhension</p> <p>Une IDE et une aide soignante formées en DU de soins palliatifs</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Identifier les besoins</p> <p>Avoir une prise en charge spécifique et de qualité</p> <p>Associer une prise en charge non médicamenteuse</p> <p>Répondre à la demande</p> <p>Intégrer dans le projet d'établissement un projet soins palliatifs</p>
<b>Description de l'action</b>	<p><u>Pouvoir proposer aux résidents le nécessitant une prise en charge disposant :</u></p> <p>D'un équipement spécifique : chariot avec huiles essentielles et diffuseurs- huiles de massage- appareils diffusant de la musique- électro stimulateur antalgique...)</p> <p>De chambres équipées de lits médicalisés spécifiques (position décline, proclive, position assise complète, position latérale.....) de diffuseur de musique douce, de lumière tamisée, de canapé ou fauteuil relax pour permettre le repos ou couchage des familles</p> <p>Aménager un lieu d'accueil pour les familles mettant à leur disposition un canapé un meuble avec bouilloire, cafetière, thé, gâteaux...une table et des chaises pour prendre éventuellement les repas, d'un frigo, d'une télévision, poste de radio...</p> <p><u>Mettre en œuvre une nouvelle approche de soin pour l'équipe :</u></p> <p>→ réflexion pluridisciplinaire définissant les objectifs de la prise en soin, les moyens à mettre en œuvre et le suivi.</p> <p>→ technique médicamenteuse : utilisation des antalgiques selon les recommandations, utilisation de matériel (tel pompe à morphine). Utilisation de la procédure de gestion du stock des médicaments nécessaire</p>

	<p>→ technique non médicamenteuse pour la gestion de la douleur et de l'anxiété (électro stimulation, aromathérapie, musicothérapie...)</p> <p>→soins de confort par des massages (corporel global, spécifique du visage ou des mains), par des soins d'hygiène ciblés sur l'hygiène buccale, par des positionnements de confort, par de la relaxation</p> <p>→ prise en charge thérapeutique :</p> <p>→ par la psychologue pour l'accompagnement et le soutien du résident et de sa famille</p> <p>→ l'ergothérapeute et le psychomotricien pour la mise en place du matériel nécessaire et le maintien de la mobilisation et /ou de la marche avec des aides techniques adaptées.</p> <p>→la musicothérapie pour l'apaisement et favoriser la communication.</p> <p>→Compléter les passages de l'HAD lorsqu'elle a été sollicitée qui sont des actions ponctuelles comme prises médicamenteuses (hypnovel), pansements complexes (TPN), et avis professionnel</p> <p>→ répondre à une alimentation devenue plaisir : plat sur demande en salé ou sucré, froid, chaud et de texture modifiée si besoin, et tout au long de la journée, collation disponible nuit et jour...avec la participation de la famille pour le relevé des goûts.</p>
<p><b>Identification des acteurs à mobiliser</b></p>	<p>Le médecin coordonnateur – l'IDEC – les médecins traitants</p> <p>Les IDES – Les soignants</p> <p>La psychologue – l'ergothérapeute – le kinésithérapeute- le psychomotricien</p> <p>La musicothérapeute</p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs – l'HAD</p> <p>Les familles – les résidents (recueillir personne de confiance, directives anticipées, dernières volontés)</p>
<p><b>Moyens nécessaires</b></p>	<p>Formations :</p> <p>2 IDE DU soins palliatifs (déjà une formée)</p> <p>2 IDE DU douleur (déjà une formée)</p> <p>4 AS DU soins palliatifs (2 de jour et 2 de nuit)</p> <p>Toute l'équipe formation de 3 jours en soins palliatifs</p> <p>1 IDE en aromathérapie médicale</p> <p>Signature de convention avec HAD, équipe mobile de soins palliatifs, centre douleur du CH de Brive</p>



<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>2021→ former 1 aide-soignante DU SP</p> <p>2021→ former 1 IDE en aromathérapie – rédaction du projet spécifique soins palliatifs- rédaction protocole, procédure et processus</p> <p>2022→ Former 1 IDE DU SP- Mise en application du projet</p> <p>2023→ former 2 aides-soignants DU SP</p> <p>2024→ former 1 IDE DU SP</p> <p>2025→ former 1 aide-soignante DU SP</p> <p>2021 à 2026 → formation de l'ensemble de l'équipe (3 jours soin palliatifs dispensée par l'équipe mobile de soins palliatifs)</p>
<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><u><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de soins spécifique</li> <li>- Fiche de suivi, de gestion et d'évaluation de la douleur</li> <li>- Compte rendu de la réflexion pluridisciplinaire</li> </ul> <p><u><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de DC dans l'établissement accompagné</li> <li>- % de personnel formé</li> <li>- T.O des lits SP</li> <li>- Nombre de demandes de prise en charge et nombre de demandes honorées</li> <li>- Nombre d'atelier non médicamenteux effectués</li> <li>- Evaluation des compétences des soignants</li> <li>- Evaluation de l'utilisation des outils de prise en charge de la douleur</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de formation des médecins traitants</li> <li>- L'Absence de médecin coordonnateur</li> <li>- La non-réalisation du projet de reconstruction du bâtiment qui nous priverait de la création d'un espace équipé dédié aux familles (coin repas, repos ...) pour fin de vie</li> </ul>

**AXE : Repositionnement de l'offre et de l'innovation**

Fiche Action N°2 Développement de la télémédecine	
Référent (personne ou institution) : <b>Résidence des Quatre Saisons</b> Béatrice Favreau directrice Stéphanie Lamonzie IDEC	
<b>Constat du diagnostic</b>	Nécessité de mettre en place la télémédecine pour limiter les déplacements des résidents tout en augmentant l'accès aux soins dans des délais courts
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès aux soins</li> <li>- Limiter les prises en charge tardives et de ce fait le recours à l'hospitalisation et aux urgences</li> <li>- Développer et renforcer les coopérations entre les équipes soignantes de proximité et la médecine de premier et de second recours</li> <li>- Augmenter le maintien des règles sanitaires pour limiter l'entrée d'un virus tel que le COVID dans l'établissement et sa propagation.</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déployer un système de télémédecine (achats réalisés fin 2019)</li> <li>- Compléter le matériel nécessaire : lecteur bi-fente, stéthoscope, chariot de transport, tensiomètre, support flexible avec lumière pour web cam</li> <li>- Mise en place des consultations, procédures, cahier des charges, spécialités... conditions.</li> <li>- Obtenir l'adhésion des libéraux</li> <li>- Signature d'une convention</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IDEC et Directrice</li> <li>- Médecins généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	Moyens complémentaires estimés à 5 000 euros TTC
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<u>Indicateurs de mise en œuvre</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation de l'installation</li> <li>- Planning des téléconsultations</li> </ul>

	<p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de transports avant et après mise en place de la télémédecine</li><li>- Baisse des infections virales</li></ul>
<p><b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Procédure établie pour déterminer quelles consultations sont à faire en téléconsultation pour quels résidents.</li><li>- Adhésion des médecins.</li><li>- Suivi.</li></ul>

**AXE : Prévention, qualité et sécurité des soins**

<b>Fiche Action N°3</b> <b>Développement de la prévention bucco-dentaire</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : Résidence des Quatre Saisons</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>En 2016, la Résidence avait initié cette démarche en formant 2 référentes en prévention buccodentaire et en s'équipant de deux chariots d'hygiène bucco-dentaire.</p> <p>Un manque de temps pour former les équipes par les référents, un manque de temps pour l'utilisation des chariots, pas de convention signée avec un dentiste (que des refus à ce jour), ne nous a pas permis de mettre en place cette démarche.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Mettre en place une véritable politique de la prévention bucco-dentaire</p> <p>Améliorer l'hygiène bucco-dentaire</p> <p>Prévenir des risques associés (dénutrition, chute, infection, douleur, troubles du comportement...)</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Intégrer dans le parcours de soin global les soins bucco-dentaires pluriquotidiens</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Les IDE</p> <p>Les référents</p> <p>Les soignants</p> <p>Les médecins traitants</p> <p>Les dentistes</p> <p>Le médecin coordonnateur (si recruté)</p>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>2 chariots bucco dentaires (déjà acquis)</p> <p>Des protocoles – de la formation – lampe sur pied</p> <p>Des fiches de bilan et de suivi d'évaluation</p> <p>Signer une convention avec un dentiste</p> <p>Signer une convention avec un organisme Conceptys</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>2022 : 25% du personnel soignant formé (aide-soignante, Auxiliaire de vie IDE)</p>

	<p>2023 : 50% du personnel formé- Rédaction des protocoles, fiche de bilan, fiche de suivi et d'évaluation</p> <p>2024 : 75% du personnel formé - Utilisation des chariots + mise en route systématisé du protocole</p> <p>2025 : 100% du personnel formé – Réalisation de 100% des bilans d'entrée Réalisation de 100%des bilans annuels de suivi- Bilan des actions mises en place</p>
<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Planification des soins Bucco-dentaire dans le plan de soin sous le logiciel TITAN Planification des fiches de bilan de suivi et d'évaluation dans l'onglet sous TITAN</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Taux de résident ayant bénéficié d'un bilan d'entrée et annuel Taux de résident bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire quotidienne Taux de personnel formé</p>
<p><b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p>Pouvoir former l'ensemble du personnel (coût de la formation et personnel remplaçant) L'absence de recrutement du médecin coordonnateur Le temps imparti pour ce soin pluriquotidien</p>

**AXE : Personnaliser l'accompagnement**

<b>Fiche Action N°4</b> <b>Former le personnel aux BPP</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : Résidence des Quatre Saisons</i> <b>Béatrice Favreau</b> directrice <b>Mégane DUVAL</b> psychologue	
<b>Constat du diagnostic</b>	La diffusion des bonnes pratiques professionnelles existe mais nous devons renforcer la qualité de vie et la bientraitance en amenant les intervenants auprès des personnes âgées à réfléchir sur les pratiques, confronter leur expérience et prendre de la distance par rapport à leur quotidien.  Depuis 2019 : nous avons créé un comité d'éthique et de bientraitance qui se réunit 1/mois. Nous avons formés une référente bientraitance institutionnelle et nous avons rédigé une charte de bientraitance
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Développer les compétences et l'expertise de chaque salarié afin d'améliorer la qualité du service auprès du public accueilli (résidents et usagers), et leur sécurité, par une plus grande maîtrise des risques associés.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les fondements des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP),</li><li>• Accompagner et dynamiser leur appropriation,</li><li>• Faciliter leur déploiement pour leur mise en œuvre au sein de l'établissement.</li><li>• Faire adhérer le personnel aux recommandations de la charte bientraitance de la résidence pour application</li></ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	L'ensemble des salariés de l'établissement.  La direction et la psychologue (référente bientraitance) pour la coordination.  Les membres du comité d'éthique et bientraitance : psychologue – Ergothérapeute - 1 ASH - 1 AS - IDEC et/ou DIR.  Le service RH et Qualité du Groupe Mieux Vivre.
<b>Moyens nécessaires</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identification d'une référente bientraitance au sein de l'établissement en la personne de la psychologue.</li><li>2. Mise en place d'un « comité d'éthique et de bientraitance », qui se réunit 1 fois par mois afin de débattre autour des RBPP à partir des difficultés rencontrées par chacun. Rédaction et Affichage d'un compte-rendu. Proposition d'axes d'amélioration.</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Animation régulière par la psychologue de réunions de sensibilisation et de « mini formation » aux RBPP</li> <li>4. Initiation d'un travail d'équipe autour de la rédaction et de la révision des projets individualisés</li> <li>5. Réflexion menée avec le Siège du Groupe Mieux vivre pour intégrer chaque année des formations en lien avec les RBPP dans le plan de formation annuel. En 2019, 2020 et 2021, la majorité de nos salariés vont par exemple bénéficier d'une formation « Simulateur de vieillissement ».</li> </ol>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>2021-2026 : réunion mensuel du comité d'éthique et de bientraitance en présence de la référente « bientraitance » institutionnelle</p> <p>Dès 2021 : Mise en place des mini formations RBPP</p> <p>2021-2026 : Dynamisation de l'utilisation des projets individualisés</p> <p>2021-2026 : Formation simulateur de vieillissement – Réflexion sur de nouvelles formations-Actions à proposer aux salariés</p>
<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions du comité d'éthique et de bientraitance proposées dans l'année</li> <li>• Nombre de mini formations assurées dans l'année</li> <li>• Nombre de projets individualisés rédigés/révisés en équipe</li> <li>• Nombre de salariés ayant participé à une action de formation en lien avec les RBPP</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des résidents et des usagers (Enquête annuelle)</li> <li>• Satisfaction des salariés (Enquête annuelle)</li> <li>•</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'implication et la motivation de l'ensemble de l'équipe.</li> <li>• Le temps nécessaire à la formation – avoir le personnel pour les remplacements</li> </ul>

**AXE : Performance et Management de la qualité**

Fiche Action N°5 Formaliser le GPEC	
<p>Référent (personne ou institution) : <b>Résidence des Quatre Saisons</b></p> <p><b>Béatrice Favreau</b> directrice</p> <p><b>Caroline Mathé</b> adjointe</p>	
<b>Constat du diagnostic</b>	Une GPEC existe au sein de la résidence mais n'est pas suffisamment formalisée
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Une meilleure maîtrise des ressources humaines et compétences sur le long terme dans le but de faire face à la pénurie de Personnel soignant, et d'être en mesure d'assurer une prise en charge optimale de nos Personnes Agées</p> <p>Limiter le turn-over pour stabiliser l'équipe et assurer une meilleure prise en charge, en passant par une fidélisation du Personnel</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Anticiper les départs à la retraite et provisionner les charges</p> <p>Identifier les besoins en compétences sur les 5 ans à venir</p> <p>Chiffrer le coût des remplacements</p> <p>Renforcer les compétences des salariés pour l'accompagnement des personnes âgées (évolution des besoins des personnes accueillies)</p> <p>Planifier les entretiens annuels, professionnels et de 2<sup>nde</sup> partie de carrière</p> <p>Recueillir les vœux de formations et les mettre en relation avec les besoins en compétences</p> <p>Valoriser le parcours de formation professionnelle avec une évolution salariale et de la classification si diplôme</p> <p>Identifier les paliers possibles entre les différents métiers accueillis au sein de l'établissement et les modalités qui en découlent – Les inscrire dans les fiches de poste</p> <p>Formaliser l'accueil et le parcours d'intégration des nouveaux entrants</p> <p>Poursuivre le partenariat avec Pôle Emploi pour faire découvrir les métiers du Grand Âge à un public nouveau</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>L'ensemble du personnel</p> <p>Les membres du CSE</p> <p>L'OPCO pour la période de professionnalisation</p> <p>Fonctions support Qualité et RH</p> <p>Pôle Emploi</p> <p>IFAS/IFSI et autre centre de formation</p> <p>Les encadrants et tuteurs de formations</p>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Accueillir des stagiaires pour faire connaître l'établissement et faciliter les recrutements</p> <p>Les grilles d'entretiens professionnels, annuels et de 2<sup>nde</sup> partie de carrière</p> <p>Les grilles d'évaluation après les formations</p> <p>Formaliser des conventions avec des partenariats (INFA, IFAS/IFSI...)</p>



	Avoir des salariés formés au tutorat et reconnus
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>Durée du contrat (CPOM)</p> <p>Etapes : - identification des besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablissement d'un plan de Développement des Compétences et constitution des dossiers de formations (disponibilités, financement...)</li> <li>- départ en formation</li> <li>- diplôme/certification</li> <li>- retour sur formation</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Entretien professionnel</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Nombre d'actions de formations par année</p> <p>Questionnaire de satisfaction des contenus de formation</p> <p>Nombre de poste vacant</p> <p>Tableau de suivi des mouvements (turn-over)</p>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p><b><u>Points de vigilance :</u></b></p> <p>Pas de financement par l'OPCO (entreprise de + 50 salariés)</p> <p>Lieu de formation, durée et disponibilité</p>

Fiche Action N° 6 Pour une alimentation responsable et durable	
<p>Référent (personne ou institution) : <b>Résidence des Quatre Saisons</b></p> <p><b>Béatrice FAVREAU</b> : Directrice</p> <p><b>Stéphanie LAMONZIE</b> : IDEC</p> <p><b>Benoît LAFUE</b> : Chef de cuisine</p>	
<b>Constat du diagnostic</b>	S'alimenter est un acte essentiel à la vie dont on sait maintenant qu'il est un élément clé du vieillissement réussi. Trop de personnes âgées en EHPAD souffrent de dénutrition.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Proposer une alimentation responsable et durable avec comme objectifs la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition chez la personne âgée, mais aussi s'inscrire dans une démarche globale de responsabilité sociétale
<b>Description de l'action</b>	<p>Rédiger une charte dans laquelle l'établissement s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référencer des producteurs locaux et régionaux, privilégier les circuits courts</li> <li>• Utiliser de produits de qualité et durables à hauteur de 50% avec une proportion de produits labélisés et bio,</li> <li>• Contrôler la nature des produits utilisés (brute ou valorisée ; protéines végétales ou animales)</li> <li>• Lutter contre le gaspillage alimentaire</li> <li>• Communiquer auprès des convives et des institutions</li> <li>• Adapter l'alimentation en fonction des besoins et des goûts</li> <li>• Soigner la présentation à l'assiette et privilégier un environnement favorisant le plaisir</li> <li>• Acquisition d'un composter pour réduire les déchets</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	La Directrice – le Chef de cuisine Le médecin coordonnateur – l'IDEC – les médecins traitants Les IDES – Les soignants Les résidents Synergie Restauration Le responsable achat – les fournisseurs
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation des cuisiniers sur l'alimentation des personnes âgées Contractualisation sur les objectifs définis avec notre prestataire Synergie Restauration
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Toute la durée du CPOM
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de résidents dénutris</li> <li>- Enquête de satisfaction des repas servis</li> <li>- Avenant au contrat Synergie Restauration ou nouveau contrat en 2021</li> </ul>

	<p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- % de cuisiniers formés</li><li>- Résultats de l'enquête de satisfaction</li><li>- Nombre de résidents sortis du seuil de dénutrition</li><li>- Nombre de repas bio servis par an</li></ul>
<p><b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p>Le manque de personnel au moment des repas</p>

Fiche Action N° 7 La couverture vaccinale	
<p>Référent (personne ou institution) : <b>Résidence des Quatre Saisons</b></p> <p><b>Béatrice FAVREAU</b> : Directrice</p> <p><b>Stéphanie LAMONZIE</b> : IDEC</p>	
<b>Constat du diagnostic</b>	
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Inciter l'ensemble du personnel à se faire vacciner
<b>Description de l'action</b>	Informier et sensibiliser l'ensemble du personnel à la vaccination par des mini formations
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Le médecin coordonnateur – l'IDEC  Tous les salariés  Les médecins traitants
<b>Moyens nécessaires</b>	Formations : Prise en charge du cout du vaccin anti grippal par la résidence pour les salariés
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Toute la durée du CPOM
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Planifier les formations, fiche de présence, lettre d'engagement des salariés,                      Motiver les refus</p> <p>Récupérer le carnet de vaccination sous plis confidentiel pour chaque salariés et chaque embauche</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>- % de personnel formé</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de salariés vaccinés contre la grippe</li><li>- Nombre de résidents vaccinés contre la grippe</li><li>- Nombre de résidents vaccinés contre la covid</li><li>- Nombre de résidents vaccinés contre le pneumocoque</li><li>-</li></ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manque de formation des médecins traitants</li><li>- L'Absence de Medco</li><li>- Manque d'infirmiers</li></ul>

**ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

<b>Années</b>	<b>Places au début du CPOM</b>	<b>Variation N</b>	<b>Variation N+1</b>	<b>Variation N+2</b>	<b>Variation N+3</b>	<b>Variation N+4</b>	<b>Places à la fin du CPOM</b>
<b>Etablissements /services</b>							
Les quatre Saisons	105						105
Total	105						105
Poids des services au regard de l'offre global							

ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

Objectifs Opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	Etat d'avancement					Commentaires
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p><u>Fiche action n° 1</u> <b>Les soins palliatifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnes en soins palliatif accompagnés dans l'établissement</li> <li>- % de personnel formé (valeur 1 &gt; 8)</li> <li>- T.O des lits SP : objectif 100%</li> <li>- Nombre de demandes honorées sur Nombre de demandes de prise en charge objectif : atteindre 100%</li> <li>- Nombre d'ateliers non médicamenteux effectués – objectif : être en capacité de proposer des ateliers thérapeutiques non médicamenteux en fonction des besoins</li> <li>-</li> <li>- Utilisation des outils de prise en charge de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir une prise en charge spécifique et de qualité</li> <li>- Associer une prise en charge non médicamenteuse</li> <li>- Intégrer dans le projet d'établissement un projet soins palliatifs</li> <li>- Disposer de 5 lits de soins palliatifs réservés.</li> </ul>	<p>Former 1 AS au DU SP</p> <p>Former 1 IDE en aromathérapie</p>	<p>Former 1 IDE au DU SP</p>	<p>Former 2 AS au DU SP</p>	<p>Former 1 IDE au DU SP</p>	<p>Former 2 AS au DU SP</p>	

	douleur objectif : chaque fois que nécessaire								
Objectifs Opérationnels	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	Etat d'avancement					Commentaires	
			Calendrier						
			N	N+1	N+2	N+3	N+4		
<u>Fiche action n° 2</u> <b>Développement de la télémedecine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de téléconsultations</li> <li>- Nombres de résidents en bénéficiant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'accès aux soins</li> <li>- Limiter les prises en charge tardives et de ce fait le recours à l'hospitalisation et aux urgences</li> <li>- Développer et renforcer les coopérations entre les équipes soignantes de proximité et la médecine de premier et de second recours</li> </ul>	2	6	8	10	12		



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter le maintien des règles sanitaires pour limiter l'entrée d'un virus tel que le COVID dans l'établissement et sa propagation.</li> <li>-</li> </ul>						
<p><u>Fiche action n° 3</u>  <b>Développement de la prévention bucco-dentaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résident ayant bénéficié d'un bilan d'entrée et annuel. Objectif : atteindre 50%</li> <li>- Taux de résident bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire quotidienne- objectif atteindre 100%</li> <li>- Taux de personnel formé : objectif atteindre 100%</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une véritable politique de prévention bucco-dentaire</li> <li>- Améliorer l'hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Prévenir les risques associés (dénutrition, chutes, infections, douleurs...)</li> </ul>	0%	10%	20%	35%	50%	
			25% du personnel soignant formé	50% du personnel formé	75% du personnel formé	100% du personnel formé		
				Rédaction des protocoles, fiches bilan et fiches de suivi et d'évaluation	Utilisation des chariots et mise en route des protocoles	100% des bilans d'entrée	100% des bilans annuels	

<p><u>Fiche action n° 4</u> <b>Former le personnel aux BPP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des résidents et des usagers (Enquête annuelle)</li> <li>- Satisfaction des salariés (Enquête annuelle)</li> </ul> <p>Nombre de commission éthique et de bien traitance dispensées chaque année</p> <p>Dispenser de mini formations hebdomadaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les compétences et l'expertise de chaque salarié pour améliorer la qualité du service auprès de l'utilisateur, et leur sécurité par une plus grande maîtrise des risques</li> </ul>	<p>Formation au simulateur de vieillissement</p> <p>Réflexion sur de nouvelles formations</p> <p>Actions à proposer aux salariés</p>					
<p><u>Fiche action n° 5</u> <b>Formaliser la GPEC</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'actions de formations par année</li> <li>- Questionnaire de satisfaction des contenus de formation</li> <li>- Nombre de poste vacant</li> <li>- Tableau de suivi des mouvements (turn-over)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure maîtrise des RH et compétences sur le long terme</li> <li>- Limiter le turn-over pour stabiliser les équipes et assurer une meilleure prise en charge</li> <li>- Fidéliser le personnel</li> </ul>	<p>Identification des besoins</p> <p>Etablissement d'un plan de développement des compétences et constitution des dossiers de formation</p> <p>Départ en formation</p> <p>Diplômes, certifications</p> <p>Retours sur formations</p>					

<p><u>Fiche action n° 6</u>  <b>Améliorer l'alimentation de la personne âgée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de cuisiniers formés objectif : 100%</li> <li>- Résultats de l'enquête de satisfaction</li> <li>- Nombre de résidents sortis du seuil de dénutrition objectif : ne pas dépasser 35% des résidents</li> <li>- Nombre de repas bio servis par an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer une alimentation responsable et durable pour la prévention, le dépistage et la dénutrition</li> <li>- S'inscrire dans une démarche globale de responsabilité sociétale</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Toute la durée du CPOM</p> <p style="text-align: center;">1/mois(12)    2/mois(24)    3/mois(36)    1/semaine(52)    2/semaine(104)</p>	
<p><u>Fiche action n° 7 La</u>  <b>couverture vaccinale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de personnel formé objectif : 100%</li> <li>- Nombre de salariés vaccinés contre la grippe objectif : 75%</li> <li>- Nombre de résidents vaccinés contre la grippe – objectif : 100%</li> <li>- Nombre de résidents vaccinés contre la covid – objectif : 100%</li> <li>- Nombre de résidents vaccinés contre le pneumocoque- objectif : 50%</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter le personnel à se faire vacciner</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Toute la durée du CPOM</p>	

## 6 ANNEXES

## 6.1 ANNEXE A : L'ABREGÉ

## 1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
<p>Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne : respect de la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » ANESM – 02/12</p>	<p><u>Forces :</u></p> <p>Une évaluation interne conduite de janvier 2013 à juillet 2013 a été menée conformément à la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » ANESM – février 2012 (périmètre d'évaluation, association des différentes parties prenantes,...). Le rapport de l'évaluation interne a été finalisé en juillet 2013.</p> <p>Le champ sur lequel a porté l'évaluation interne correspond au périmètre de l'évaluation sociale et médico-sociale défini réglementairement (décret 2007-975).</p> <p><u>Faiblesse :</u> Néant</p>		Néant
<p>Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne</p>	<p><u>Forces :</u> L'évaluation interne a été conduite en équipe pluridisciplinaire. L'ensemble du personnel y a participé. Lors des entretiens individuels auprès du personnel ces faits ont été confirmés. Un comité de pilotage a été constitué. Il s'est réuni 3 fois afin de faire le point sur l'avancement des différents groupes de travail.</p> <p>La participation de tous a été recherchée. La méthodologie a été présentée et expliquée aux équipes de la résidence par la référente Qualité régionale, chargée de les accompagner tout au long de cette démarche.</p> <p>La démarche d'évaluation a intégré les points de vue de l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les professionnels de l'établissement (équipe de direction, professionnels de soins, personnel hôtelier, restauration, lingerie, etc.). Les intervenants extérieurs (libéraux,</p>		Néant

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<p>partenaires du territoire, bénévoles), les résidents et leur entourage ont été sollicités mais avec peu de succès (une seule famille a participé à l'axe 5).</p> <p>Le lancement de la démarche d'évaluation interne a été présenté lors du Conseil de la Vie Sociale (14/12/12) et dans la gazette mensuelle de janvier et février 2013. Les résidents et familles intéressés devaient se rapprocher de la direction.</p> <p>Les résidents ont été sollicités par oral mais les créneaux horaires disponibles pour le personnel étaient déjà limités pour mener à bien les groupes de travail. Une famille a néanmoins participé pour l'axe 5 sur l'accompagnement de fin de vie.</p> <p>Afin de connaître l'avis des professionnels intervenants, la commission de coordination gériatrique et une enquête « prescripteur » ont été utilisées en 2013.</p> <p>L'analyse des pratiques a été réalisée à l'aide de grilles qui ont pris en compte la participation et les demandes des résidents et des familles lors des différentes commissions (CVS, Commission menus et animation) mais également les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2012.</p> <p>Le rapport a été diffusé et soumis pour avis et/ou validation aux instances.</p> <p>Les modalités de communication des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne sont adaptées.</p> <p>L'ensemble des personnes concernées a été informé des actions d'amélioration retenues.</p> <p>L'établissement a formalisé une procédure de communication. <u>Faiblesse :</u></p> <p>Le retro planning prévu a dû être réajusté : le délai imparti pour les réunions a été ajusté suite au départ de l'IDEC en poste en mars 2013. Cette dernière était en effet pilote des axes 2 et 3. Il a donc fallu les réorganiser.</p> <p>Le retro planning prévu a dû être réajusté : le délai imparti pour les réunions a été ajusté suite au départ de l'IDEC en poste en mars 2013. Cette dernière était en effet pilote des axes 2 et 3. Il a donc fallu les réorganiser.</p>	

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
Modalités de participation des résidents	<p><u>Forces</u>: Le lancement de la démarche d'évaluation interne a été présenté lors du Conseil de la Vie Sociale (14/12/12) et dans la gazette mensuelle de janvier et février 2013. Les résidents et familles intéressés devaient se rapprocher de la direction.</p> <p>Les résidents ont été sollicités par oral mais les créneaux horaires disponibles pour le personnel étaient déjà limités pour mener à bien les groupes de travail et n'ont pas permis de développer plus ce mode de participation. Une famille a néanmoins participé pour l'axe 5 sur l'accompagnement de fin de vie.</p> <p><u>Faiblesse</u>:</p> <p>Les familles et les résidents se sont peu impliquées dans l'évaluation interne elles n'ont pas participé aux différents groupes de travail sauf une famille pour le groupe de travail fin de vie.</p>		<p>Renforcer la communication liée à l'évaluation interne auprès des résidents. Comme il est recommandé par l'ANESM dans sa RBPP « L'évaluation interne » repères pour les EHPAD, il est nécessaire de mettre en place des actions qui impliqueront en plus du personnel de la structure des résidents ou représentant de résidents, des familles ou des représentant légaux, des bénévoles, des partenaires. Les partenaires qui ont signé une convention doivent être associés à la démarche sur les sujets qui les concernent plus particulièrement (hospitalisation, association liée à l'animation, bénévolat lié à la liberté du culte...). Il est rappelé par l'ANESM que la participation des résidents va « au delà de la seule consultation ». La résidence devra s'appuyer sur la particularité du public accueilli et prévoir une participation des résidents à travers des consultations individuelles, des participations à des groupes de réflexion thématiques.</p> <p>Aucun résident et seulement une famille ayant assisté aux groupes de travail il serait pertinent de renforcer les explications sur le sens et les objectifs de l'évaluation interne afin de favoriser des candidatures. Rechercher les sujets qui motivent le plus les résidents et leur familles et accepter des participations partielles sur les différents groupes de travail.</p>
Modalités d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	<p><u>Forces</u>: L'analyse effectuée lors de l'évaluation interne a permis d'élaboration d'un plan d'action structuré et pertinent au regard des besoins des résidents.</p> <p>Il existe une réelle dynamique de</p>		Néant

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>démarche d'amélioration continue de la qualité. Le personnel se sent recentré sur son cœur de métier et se sent responsabilisé par certaines actions. L'implication du personnel dans les démarches qualité (dont la culture de la traçabilité) est effective (exemples pour : l'entretien, la sécurité, les soins, le nettoyage des locaux, la lingerie, l'accueil, l'animation, ...).</p> <p>Les actions d'améliorations sont planifiées, mise en œuvre et font l'objet d'un suivi pour tout ce qui concerne notamment l'évaluation interne.</p> <p>L'établissement met en œuvre régulièrement des actions d'amélioration, corrective, préventives, dans le but d'offrir une prise en charge des résidents optimale</p> <p>La démarche d'amélioration continue de la qualité (protocoles, procédures, des supports de traçabilité, ...) est organisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contrôles internes réguliers par une référente qualité en région, avec plan d'actions correctives (audit interne de reprise le 29/02/2012 et suivi réguliers au moins tous les 6 mois).</li> <li>-Réactivité efficace pour la résolution d'interrogations, voire de dysfonctionnements.</li> <li>-Démarche d'amélioration continue de la qualité portée par un management convaincu de la direction.</li> <li>-Réunions régulières d'analyse de pratiques avec la psychologue.</li> </ul> <p>L'évaluation des activités a eu pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents. Elle aide à adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents, dans le cadre des missions</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>et des contraintes qui lui sont imposées. Cette évaluation a porté une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population accompagnée au regard des caractéristiques de cette dernière et des missions et des valeurs de la structure.</p> <p><u>Faiblesse</u> : Néant</p>		
Modalités de suivi des résultats	<p><u>Forces</u> : La résidence suit 10 indicateurs mensuels obligatoires et a choisi de rajouter trois indicateurs facultatifs : remplissage des fiches de nursing et « selles et urines », remplissage des fiches « environnement », suivi des plateaux en chambre. Le suivi et l'analyse de ces indicateurs permettent d'évaluer mensuellement plusieurs thèmes traités dans l'évaluation interne.</p> <p>Les actions du plan d'action comportent tous des indicateurs de suivi et des indicateurs de résultats et un responsable d'action. En général un membre du COPIL mais également des référents parmi les membres du personnel.</p> <p>Le plan d'action est très complet : De nombreuses actions à suivre pour améliorer la qualité à l'issue de l'évaluation interne et également dans le cadre des atteintes des procédures ORPEA</p> <p>Les actions d'amélioration font l'objet d'un suivi périodique en plan d'action du staff une fois par mois. Un COPIL se réunit deux fois par an avec la référente qualité sur l'ensemble de la démarche qualité dont l'évaluation interne.</p> <p>Un compte-rendu du COPIL est affiché en salle de pause et à l'accueil. Il est également présenté au Conseil de la Vie Sociale.</p> <p>Les résultats de l'évaluation interne et leur suivi sont présentés en CVS</p> <p><u>Faiblesse</u> : Néant</p>		<p>Lors du prochain COPIL, revoir la formulation de certains indicateurs. Voir ce qui peut être confié à différents membres du personnel. Ceci permettrait de décharger certains membres du staff de la réalisation de certaines actions, sans en perdre le suivi et de valoriser le personnel qui comprend bien les impacts de l'évaluation interne sur l'amélioration des prestations et de l'organisation du travail. Envisager un suivi plus fréquent du plan d'action du fait de la mise en place récente de la nouvelle organisation et de l'arrivée récente de certains membres du staff.</p>



prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par  
m relatives à l'ESSMS.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
<p>alités d'appropriation des mandations.</p>	<p><u>Forces</u>: La liste des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) est mise à jour dans un classeur en salle de repos (mise à disposition des synthèses et des résumés ORPEA). Un classeur ANESM est également présent dans le poste de soin.</p> <p>L'établissement analyse ses pratiques au regard des recommandations des pratiques professionnelles identifiées dans le plan d'amélioration mis en œuvre</p> <p>Des formations relatives aux thèmes des RBPP ou des groupes de travail sont mises en place en intra : mini-formation sur le thème de la bientraitance, les RBPP sont évoquées en transmissions en reprenant les grandes lignes de la synthèse</p> <p>Les différentes réflexions de ces groupes de travail font l'objet de la mise en œuvre de procédures, de plans d'action ou de projets partenariaux.</p>	<p><u>Faiblesse</u>: Les RBPP sont partiellement connues du personnel de jour mais il existe encore des confusions entre les procédures et les recommandations Elles sont méconnues du personne de nuit rencontré lors de la visite.</p>	<p>Continuer à faire le lien entre les RBPP de l'Anesm et les procédures du groupe ORPEA</p>
<p>alités de diffusion des mandations de bonnes ques</p>	<p><u>Forces</u>:</p> <p>Le groupe ORPEA s'appuie sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles pour l'élaboration des procédures, protocoles et autres documents mis à disposition des établissements. Elles sont relayées par le biais de la référente qualité régionale.</p> <p>La liste des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) est mise à jour dans un classeur en salle de repos : mise à</p>		<p>Néant</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<u>Faiblesse</u> : Néant	
Recommandations utilisées dans le cadre de l'accompagnement	<p><u>Forces</u> : L'ensemble des recommandations de bonnes pratiques sont diffusées par le biais des synthèses de l'ANESM</p> <p><u>Faiblesse</u> : les recommandations suivantes sont partiellement ou pas connues du personnel interrogé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique</li> <li>-Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</li> <li>-Les attentes de la personne et le projet personnalisé</li> <li>-Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service</li> <li>-Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil</li> </ul>		Renforcer les mini formations sur les RBPP moins couramment utilisées dans le secteur des personnes âgées, notamment la recommandation sur l'élaboration du projet d'établissement au regard de l'écriture proche du nouveau projet

### 3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des résidents.

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
Modalités d'élaboration du projet d'établissement : respect de la recommandation de bonne pratique de l'ANESM de mai 2010 « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement »	<p><u>Forces</u> : Néant</p> <p><u>Faiblesse</u> : Le projet d'établissement est ancien, rédigé en 2009 pour une validité jusqu'en 2014. Il n'a donc pu être élaboré selon la recommandation de l'ANESM « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » parue en 2010.</p> <p>Les objectifs du projet d'établissements ont été élaborés à partir de l'auto-évaluation du référentiel Angélique qui tout en restant une base est insuffisant.</p> <p>Les missions de l'établissement sont</p>		<p>Rédiger un nouveau projet d'établissement en utilisant la RBPP « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service », en impliquant les différentes parties prenantes</p> <p>Informers les résidents et familles par le biais du CVS de la phase de rédaction d'un nouveau projet</p> <p>Constituer les différents groupes de travail lié au projet d'établissement suite à l'appel à candidature qui a été fait auprès des salariés (mai 2014).</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>présentes pour partie dans le projet de soins.</p> <p>Le projet d'animation est peu détaillé. Le projet de soin ne semble pas correspondre aux pratiques actuelles compte-tenu des changements survenus depuis la reprise par le groupe ORPEA (janvier 2012).</p> <p>Le projet ne décrit pas comment il prend en compte les dans les orientations du schéma d'organisation social et médico-social.</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas la prise en charge des résidents au regard de l'évolution du profil du public accompagné (accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, des malades Alzheimer, évolution des pathologies, qualification des professionnels en fonction de la dépendance de la personne...).</p> <p>Néanmoins, un appel à candidature a été lancé auprès des salariés en salle de pause et plusieurs d'entre eux se sont inscrits. Les groupes de travail vont commencer au 2ème semestre 2014 sachant que le projet est à renouveler pour fin 2014.</p>		
<p>alités de diffusion du projet d'établissement.</p>	<p><u>Forces</u> : Le personnel interrogé a participé à la rédaction du projet d'établissement.</p> <p>L'établissement organise régulièrement des « retours d'expérience » qui permettent d'apprécier l'impact des activités conduites au bénéfice des personnes accompagnées notamment depuis la nouvelle organisation de travail et l'arrivée de l'infirmière coordinatrice. Les différents objectifs du projet sont cohérents entre eux. Ils respectaient les objectifs de la convention tripartite 1ère génération (livret d'accueil à mettre en place, recrutement d'un médecin</p>		<p>Fixer des objectifs avec des indicateurs d'atteinte de résultat pour l'ensemble des nouveaux objectifs qui seront rédigés dans le projet d'établissement. Identifier les personnes responsables des différents objectifs et actions de manière à ce que le projet d'établissement devienne un réel outil de référence pour le personnel de la résidence.</p> <p>Intégrer dans le nouveau projet les valeurs du groupe ORPEA mais également les valeurs plus</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>La convention tripartite signée le 22/04/2014 permettra de servir de base à l'écriture du nouveau projet d'établissement</p> <p>Les nouveaux objectifs de la CTP prévoient notamment la réactualisation du projet d'établissement, la formalisation de la prise en charge du résident au regard de son contrat de séjour, la structuration et la stabilisation de la gestion et l'organisation des ressources humaines ...</p> <p><u>Faiblesse</u>: Le projet d'établissement n'est pas très bien connu des résidents interrogés</p>		<p>Prévoir des projets a court, moyen et long terme et un échéancier permettant de suivre les différents objectifs du projet sur une périodicité définie</p>
<p>Cohérence des projets au regard de la population accueillie</p>	<p><u>Forces</u>:Le projet d'établissement encadre les activités et expose la manière dont l'établissement accomplit ses activités dans un esprit de bienveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>• Le cadre de vie et l'organisation de la vie en résidence y sont décrits et apportent des garanties quant au respect des droits individuels et à la participation des résidents.</li> <li>• Le projet de soins y est exposé et décrit les modalités de prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents.</li> <li>• Le projet de vie, outre les droits individuels du résident, décrit lui, comment s'organise le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance.</li> <li>• Les modalités d'élaboration des projets personnalisés y sont décrites et apportent toute garanties quant à la prise en compte personnalisé</li> </ul>		<p>Lors de la rédaction du futur projet d'établissement prévue pour fin 2014, inclure les 10 nouveaux objectifs de la convention tripartite signée en avril 2014</p> <p>Prévoir la réécriture du projet d'établissement en prenant en compte : la nouvelle organisation liée à la reprise par le groupe ORPEA, l'organisation actuelle du travail, le contexte encore délicat d'encadrement des équipes, les résultats de l'évaluation interne et les objectifs de la nouvelle convention tripartite.</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>des besoins et attentes des résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs liés à l'adaptation du lien social et familial aux besoins de la personne accompagnée sont définis.</li> <li>• Enfin, les conditions d'accompagnement de fin de vie y sont présentées notamment les liens et passerelles créés avec les réseaux de soins palliatifs locaux.</li> </ul> <p>Les objectifs du projet sont précisés et cohérents avec les missions imparties à l'établissement ou au service.</p> <p>La population accueillie est conforme avec le public visé par le projet de l'établissement</p> <p>La convention tripartite signée le 22/04/2014 servira de base à l'écriture du nouveau projet d'établissement</p> <p>Les nouveaux objectifs de la CTP prévoient notamment la réactualisation du projet d'établissement, la formalisation de la prise en charge du résident au regard de son contrat de séjour, la structuration et la stabilisation de la gestion et l'organisation des ressources humaines ...</p> <p>Les usagers sont globalement satisfaits de la qualité de l'accompagnement par les professionnels.</p> <p>Chaque projet est décliné en objectifs atteignables et mesurables</p> <p>Les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées sont formalisés</p> <p>Les attendus de l'intervention en terme de promotion de l'autonomie, de qualité de vie pour les résidents, d'inscription sociale sont définis au regard de leur situation</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>de changement de l'état des résidents : amélioration ou prévention de la dégradation de leur situation</p> <p>L'établissement met en œuvre progressivement ses actions pour atteindre les objectifs prévus.</p> <p>Les pratiques des intervenants impactent sur la qualité de l'accompagnement (l'organisation permet l'individualisation des couchés, l'accompagnement aux toilettes prévu dans l'organisation favorise l'autonomie, ...).</p> <p>L'arrivée d'une nouvelle IDEC permet de repenser l'organisation des soins et un recadrage sur le respect des différents protocoles et procédures</p> <p><u>Faiblesse :</u></p> <p>Les objectifs du projet d'établissements ont été élaborés à partir de l'auto-évaluation du référentiel Angélique qui tout en restant une base est insuffisant.</p> <p>Le projet d'animation est peu détaillé. Le projet de soin ne correspond plus aux pratiques actuelles du fait du rachat par le groupe ORPEA.</p> <p>Le projet ne décrit pas comment il prend en compte les dans les orientations du schéma d'organisation social et médico-social</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas la prise en charge des résidents au regard de l'évolution du profil du public accompagné (accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, évolution des pathologies, qualification des professionnels en fonction de la dépendance de la personne...).</p> <p>Le futur projet d'établissement devra intégrer les nouveaux objectifs de la convention tripartite de deuxième génération.</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
<p>alités de suivi du projet d'établissement.</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <p>Les différents objectifs du projet sont cohérents entre eux. Ils respectaient les objectifs de la convention tripartite 1<sup>ère</sup> génération (livret d'accueil à mettre en place, recrutement d'un médecin coordonnateur, rédaction d'une procédure d'accueil du résident)</p> <p>Le projet d'établissement a fait l'objet de suivi en équipe</p> <p>L'établissement dispose d'indicateurs qui permettent le pilotage des processus et la gestion de projet sur la base des constats effectués en évaluation interne et des procédures du groupe ORPEA.</p>	<p><u>Faiblesse</u> : Les objectifs de l'actuel projet d'établissement sont peu détaillés Du fait des différents changements lié à la reprise par ORPEA et un contexte social difficile, les objectifs ne correspondent plus au contexte actu</p>	<p>Fixer des objectifs avec des indicateurs d'atteinte de résultat pour l'ensemble des nouveaux objectifs qui seront rédigés dans le projet d'établissement. Identifier les personnes responsables des différents objectifs et actions de manière à ce que le projet d'établissement devienne un réel outil de référence pour le personnel de la résidence.</p> <p>Prévoir des projets a court, moyen et long terme et un échéancier permettant de suivre les différents objectifs du projet sur une périodicité définie</p>
<p>Organisation de la qualité de la prise en charge et développement des compétences et de la stabilité du personnel</p>	<p><u>Forces</u> : Les ressources financières, humaines, matérielles... nécessaires à l'établissement pour atteindre ses objectifs sont définies dans le projet.</p> <p>Les ressources nécessaires sont inscrites dans une convention tripartite de 2<sup>ème</sup> génération préparée et signée depuis le 22/04/2014</p> <p>L'établissement dispose de moyens humains et matériels permettant la mise en œuvre de son projet dans de bonnes conditions.</p> <p>Des actions ont été entreprises pour assurer et organiser le développement des compétences du personnel.</p> <p>L'organisation du travail a été revue en janvier 2013 avec l'ensemble du personnel. Cela permet une meilleure</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>tensions sociales.</p> <p>La reprise de l'organisation du soin par la nouvelle IDEC permet un travail plus cohérent dans le respect des procédures, protocoles et RBPP qui est bénéfique aux résidents.</p> <p>Les réunions hebdomadaires permettent de proposer un suivi cohérent des résidents malgré l'absence de formalisation des projets de soins</p> <p>Les formations et mini formations proposées aux personnels sont très bien perçues par le personnel qui se sent soutenu par la directrice et l'IDEC</p> <p>Chaque projet est décliné en objectifs atteignables et mesurables</p> <p>Les effets attendus et recherchés pour les personnes accompagnées sont formalisés</p> <p>Les attendus de l'intervention en terme de promotion de l'autonomie, de qualité de vie pour les résidents, d'inscription sociale sont définis au regard de leur situation spécifique</p> <p>Les interventions sont cohérentes et ajustées aux besoins et attentes en termes de changement de l'état des résidents : amélioration ou prévention de la dégradation de leur situation</p> <p>Les attendus en termes de respect des droits fondamentaux au regard du libre arbitre des résidents et de leur capacité d'influer sur les choix importants de la vie sont définis</p> <p>Les conséquences concrètes, pour les résidents, de la prévention ou de la diminution des risques liés à leur situation sont anticipées</p> <p>L'établissement met en œuvre progressivement ses actions pour</p>		



Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>atteindre les objectifs prévus.</p> <p>L'établissement évalue les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus, pour les usagers.</p> <p>L'analyse des activités est mobilisée, non pas comme une fin en soi, mais pour éclairer ce qu'elles produisent pour les usagers au regard des missions</p> <p>Les résidents et familles sont effectivement invités à renseigner les enquêtes de satisfaction, la direction ainsi que les professionnels informent régulièrement les familles et leur expliquent de l'importance du retour de ces enquêtes afin de mettre en place des axes d'amélioration par exemple la dernière commission a porté entre autre sur les résultats de l'enquête de satisfaction.</p> <p>Malgré un projet d'établissement ancien, un contexte de reprise récent et un climat social récemment délicat, l'organisation du travail est pensée en équipe pour être adaptée aux besoins des résidents</p> <p><u>Faiblesse</u> : néant</p>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
<p>Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec le résident</p>	<p><u>Forces</u> : Les bénévoles intervenants dans la structure sont identifiés ; Association VMEH (visiteur médicaux en milieu hospitalier) : 5 personnes viennent tous les mardis pour bavarder avec les résidents. Une convention est signée avec le siège de l'association.</p> <p>Des liens sont instaurés avec les services hospitaliers proches et compétents, ainsi qu'avec toute autre spécialité médicale et le secteur psychiatrique. La résidence dispose d'un temps de psychologue et travaille en partenariat avec un psychogériatre du Verger des balans qui intervient une fois/mois dans la structure pour des bilans et préconisations thérapeutiques. Des liens existent notamment avec le CMP de Terrasson en lien avec le CH de Périgueux.</p> <p>Afin d'intégrer l'établissement dans la vie de la cité, l'établissement organise et participe à des actions proposées par d'autres établissements ou services de la localité : invitation dans une maison de retraite de Terrasson une fois par an avec un retour de la résidence ainsi qu'avec la résidence ORPEA de Brive. La bibliothèque municipale intervient pour des séances de lecture tous les 15 jours. Une fois par mois les résidents vont au cinéma de Terrasson pour une séance spéciale public âgé. Les résidents participent aux organisation spécifique de la mairie : thé dansant, repas des aînés. Sortie sur le marché tous les jeudis.</p>	<p><u>Faiblesse</u> : Néant</p>	<p>Néant</p>
<p>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu</p>	<p><u>Forces</u> : Des liens sont instaurés avec les services hospitaliers proches et compétents, ainsi qu'avec toute autre spécialité médicale et le secteur psychiatrique. La résidence dispose d'un</p>		<p>Néant</p> <p>Néant</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>temps de psychologue et travaille en partenariat avec un psycho- gériatre du Verger des balans qui intervient une fois/mois dans la structure pour des bilans et préconisations thérapeutiques. Des liens existent également avec le CMP de Terrasson en lien avec le CH de Périgueux.</p> <p>Les modalités de coopération avec le réseau de santé sont formalisées par des conventions spécifiques : La résidence a signé des conventions avec Pallia 24, le CH de Périgueux en lien avec le CMP de Terrasson, le CH de Brive, le Verger des balans, l'équipe de HAD</p> <p>La résidence a des liens non formalisés avec CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) Périgourdin</p> <p><u>Faiblesse</u> : Néant</p>		

## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
Organisation de l'accueil des usagers au sein de l'établissement	<p><u>Forces</u> : Le livret d'accueil, le contrat de séjour et ses annexes sont consultables auprès des personnes chargées de l'accueil</p> <p>A son arrivée, le résident et ses proches sont accueillis par le responsable de l'établissement ou l'adjoint de direction et l'IDEC</p> <p>Un IDE accompagne le résident dans la chambre</p> <p>L'animatrice va se présenter et apporte le cadeau de bienvenue le premier jour</p> <p>L'établissement aide le nouveau résident dans son installation. La personnalisation de la chambre est favorisée</p> <p>Une attention particulière est portée à l'arrivée d'un nouveau résident. Le personnel est informé et sensibilisé à l'intégration du nouveau résident. Les entrées à venir sont évoquées en réunion</p>		Néant

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>pluridisciplinaire. Lors des transmissions les équipes sont informées des arrivées</p> <p>Le référent institutionnel (Une IDE ou une IDEC) du résident s'occupe plus particulièrement de son intégration dans la résidence</p> <p><u>Faiblesse</u>: Néant</p>		
<p>Capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les résidents leurs besoins et attentes dans le cadre du projet personnalisé (taux de projets élaborés avec l'usager, taux de projets personnalisés signés)</p>	<p><b>Forces</b>: <b>Le projet de vie individuel (PVI)</b> est développé depuis le 2ème semestre 2013 et sur l'année 2014 par la psychologue. A ce jour 72 PVI réalisés sur les 105 présents. Ils sont signés pour 52 d'entre eux soit par les résidents, familles et tuteurs. Un planning de rattrapage des anciens résidents (30 environ) est élaboré par la psychologue. Tous les nouveaux entrants bénéficient actuellement d'un PVI. Les révisions des PVI sont planifiées et réalisées. Pour les résidents présentant des troubles cognitifs, les PVI sont revus tous les 6 mois. L'ensemble des résidents bénéficiera d'un PVI en octobre 2014</p> <p>L'histoire de vie et habitudes de vie, les centres d'intérêt, ses attentes, le recueil des capacités restantes et réalisables sont recueilli par la psychologue auprès de l'ensemble des résidents d'une part puis de la famille. La psychologue synthétise le recueil sur une version informatisée. Le PVI est présenté par la psychologue en équipe pluridisciplinaire qui sera proactive et pourra enrichir le document. Ce dernier est présenté au résident et sa signature est requise. En cas d'impossibilité le PVI est signé par la famille, le tuteur ou la personne de confiance. Les tuteurs sont impliqués dans le PVI et peuvent être force de proposition.</p> <p>A la suite à la reprise du site par le groupe ORPEA au 1er janvier 2012, les équipes ont dû intégrer de nombreuses procédures et s'adapter à de nouveaux outils de travail. C'est ainsi que chaque résident bénéficie notamment d'une grille de Virginia Henderson recensant les</p>		<p>Formaliser les projets de soins individualisés</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>besoins en termes de nursing.</p> <p>L'IDEC reprend actuellement la mise en place des PSI pour chaque nouvel entrant et a planifié un programme de réalisation des PSI des anciens résidents</p> <p><u>Faiblesse :</u></p> <p>Aucun résident n'a de projet de soin formalisé. Une seule famille a participé sur l'axe relatif aux soins palliatifs.</p>		
<p>Participation du personnel dans le processus de l'élaboration du projet personnalisé</p>	<p><u>Forces :</u>Le projet personnalisé est partagé avec les équipes : présentation par la psychologue du PVI en réunion pluridisciplinaire, cette réunion permet de définir les objectifs d'accompagnement et les modalités concrètes du plan d'action. Le résident est invité à y participer même si son niveau de participation est faible</p> <p>Les professionnels sont incités à faire remonter, lors des réunions interdisciplinaires, les informations recueillies et les observations utiles. A l'amélioration de la qualité de prise en charge d'un résident</p> <p>L'élaboration du projet personnalisé est évaluée (taux de formalisation du projet personnalisé, taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement, taux de projets personnalisés signés).</p> <p><u>Faiblesse :</u> Néant</p>		Néant
<p>Modalités de suivi, d'évaluation et</p>	<p><u>Forces :</u> La coordination de projet est</p>		Formuler dans les PVI des objectifs,

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
un an au moins).	<p>réalisables sont recueilli par la psychologue auprès de l'ensemble des résidents d'une part puis de la famille. La psychologue synthétise le recueil sur une version informatisée. le PVI est présenté par la psychologue en équipe pluridisciplinaire qui sera proactive et pourra enrichir le document. Ce dernier est présenté au résident et sa signature est requise. En cas d'impossibilité le PVI est signé par la famille, le tuteur ou la personne de confiance. Les tuteurs sont impliqués dans le PVI et peuvent être force de proposition.</p> <p>Une évaluation et une révision annuelle du projet sont réalisées. Les projets de vie de l'unité spécifique du 3<sup>ème</sup> étage sont réévalués tous les 6 mois</p> <p><u>Faiblesse :</u></p> <p>Les projets sont très bien personnalisés mais les objectifs ne sont pas suffisamment précis dans la formulation des objectifs et des actions précises qui en découlent. (Objectifs à formaliser, actions qui découlent de l'objectif puis qui réalise l'action et des indicateurs d'atteinte de résultats)</p>		<p>pour chaque action un indicateur d'atteinte de résultat (afin de faciliter la relecture d'atteinte des objectifs au moment de la révision des PVI). Un indicateur de suivi des actions pourrait également être établi.</p>

## 6. L'expression et la participation individuelle et collective des résidents

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
Préservation des Droits et Libertés des résidents	<p><u>Forces :</u> Les droits et libertés individuels sont inscrits dans la politique et les outils institutionnels (contrat de séjour, projet d'établissement, charte des droits et libertés, procédures contentions,...).</p> <p>Les droits et libertés collectifs sont inscrits dans la politique et les outils institutionnels (règlement de fonctionnement, règlement intérieur du CVS, politique qualité, projet d'établissement, procédure de gestion des réclamations,...).</p>		<p>Mentionner précisément dans le livret d'accueil qu'une liste existe en Dordogne</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>La directrice ou son adjoint parle du CVS et son objectif; Présentation des différents comptes rendus affichés</p> <p>Les conditions d'hébergement, l'organisation et les actions mises en place favorisent l'effectivité des droits et libertés individuels (formation du personnel, consentement, pratique du culte, droit de vote, liberté d'aller et venir, intimité au cours des soins,...).</p> <p>Les résidents ont un libre choix de leur culte religieux et des conditions de pratiques des différents cultes religieux. Messe dispensée tous les mardis</p> <p>Informations affichées quant aux actes de citoyenneté afin de favoriser la participation des résidents.</p> <p>La liste des personnes qualifiées et de leurs coordonnées est disponible à l'accueil. Cela est indiqué dans le livret d'accueil du résident.</p> <p>Les résidents et leurs proches sont informés qu'ils peuvent avoir recours à une personne qualifiée en cas de litige non résolu</p> <p>Le livret d'accueil est très général sur la présentation des personnes qualifiée : il mentionne « Si les autorités compétentes ont établi cette liste, vous pourrez retrouver à l'accueil les coordonnées des personnes qualifiées » qu'il y a une liste en Dordogne.</p>		
<p>Respect de la dignité et au droit à l'intimité de chaque résident</p>	<p><b>Forces:</b> Toute personne de l'établissement respecte la dignité et l'intimité des résidents (vouvoiement de rigueur, frapper à la porte...)</p> <p>Des protocoles et des procédures relatifs au respect de la vie privée et de la dignité des résidents sont élaborés, connus et appliqués</p> <p>5 chambres doubles vont être refaites pour faciliter l'intimité mais resterons doubles.</p>	<p><b>Faiblesse:</b></p> <p>Les moyens architecturaux ne permettent pas totalement de respecter l'intimité et la vie privée : présence de chambres doubles qui ne facilitent pas le respect de l'intimité : notamment l'accès aux toilettes</p>	<p>Néant</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>des chambres est très étroit. et un certain nombre de résidents doivent laisser la porte ouverte, accessibilité difficile aux personnes à mobilité réduite en chambres doubles.</p> <p>L'utilisation de paravent complique la réalisation des toilettes et soins car l'espace est réduit</p>		
<p>Encouragement des résidents sont à s'exprimer et à participer à la vie de l'établissement</p>		<p><b>Forces:</b> Les résidents qui le souhaitent sont associés aux activités quotidiennes : épluchage de légume, jardinage, pliage de serviettes, mise des couverts</p> <p>Les résidents sont informés des différents moyens d'expression et de participation à la vie de l'établissement (affichage, communication orale, livret d'accueil,...). L'expression et la participation des résidents sont effectives (conseil de la vie sociale trois fois par an, commission restauration, commission animation, dispositif de gestion des plaintes et réclamations,...).</p> <p>Des actions d'amélioration globales ont été formalisées suite à l'écoute des usagers (traitement des plaintes, enquêtes de satisfaction, expressions et réclamations ponctuelles, individuelles ou collectives).</p> <p>Lors de la dernière commission restauration, 2 résidents, le chef cuisine et un représentant de Restappro (prestataire), 3 salariés ainsi que la directrice et son adjoint étaient présents. Les menus à venir et les problèmes rencontrés ont été abordés</p> <p>Les modalités de fonctionnement du CVS sont conformes aux textes</p> <p>Les modalités des élections sont connues et appliquées. Un PV des élections est rédigé.</p> <p>Le CVS se réunit 3 fois par an, il est composé de 3 familles, 3 résidents, 3 salariés et de la directrice.</p> <p>La directrice rencontre la présidente pour établir l'ordre du jour du CVS.</p> <p>Les réunions du CVS sont préparées avec les résidents et les proches et font l'objet d'un ordre du jour.</p> <p>Un compte rendu est systématiquement rédigé et communiqué après chaque réunion. La dernière réunion a eu lieu le</p>	<p>Néant</p>



Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	24/03/14 (3 résidents et 1 représentants des familles, 3 représentants du personnel).	<u>Faiblesse</u> : Néant	
on des plaintes et des réclamations		<p><u>Forces</u> : Les résidents, les familles et le personnel ont à leur disposition à l'accueil des fiches de dysfonctionnement et les réclamations écrites ou orales sont prises en compte par la Direction et traitées dans les meilleurs délais. Certains points peuvent être traité immédiatement et ou si c'est plus important c'est revu en staff et un entretien avec les familles est mis en place</p> <p>Un système de signalement des événements indésirables est en place, permettant au personnel et à tout intervenant extérieur de signaler des dysfonctionnements</p> <p>Ces dysfonctionnements font l'objet d'un traitement et d'un suivi avec le personnel concerné. Les incidents et accidents donnent lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition</p> <p>Le circuit du linge est évalué (recueil des plaintes et réclamations, délai de retour...).</p> <p><u>Faiblesse</u> : Néant</p>	Néant

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
ntification et la communication des risques aux usagers et professionnels		<p><u>Forces</u> : Une organisation est en place pour rassembler toutes les informations relatives aux risques et aux événements indésirables. Un système permanent de notifications et de suivi des anomalies est mis en place à tous les niveaux de l'établissement</p> <p>Un système de signalement des</p>	Néant

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>dysfonctionnements</p> <p>Ces dysfonctionnements font l'objet d'un traitement et d'un suivi avec le personnel concerné. Les incidents et accidents donnent lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition</p> <p>Une procédure de gestion des événements indésirables existe et est appliquée</p>	<p>Faiblesse : Néant</p>	
<p>La politique de prévention et de gestion des risques permettant de garantir la sécurité des usagers et des professionnels</p>	<p><u>Forces</u> : Une politique en matière de <b>prise en charge médicamenteuse</b> est définie (usage des neuroleptiques, benzodiazépines, risque iatrogène,...). <b>Le circuit du médicament est</b> formalisé et structuré. Les ordonnances sont faxées aux différentes pharmacies. La livraison intervient dans la journée. Les infirmiers préparent les piluliers de la semaine. La préparation s'effectue les après-midis. Les ordonnances sont informatisées. Les médecins ont tous leur code d'accès. La fiche de traitement est automatiquement générée par le logiciel. Depuis novembre 2013, ce sont uniquement les infirmiers qui distribuent les médicaments et font prendre les médicaments. Le projet de l'établissement est de faire préparer les piluliers sur place par les pharmacies afin d'optimiser le circuit du médicament et de limiter le risque de iatrogénie.</p> <p>Les actions de <b>prévention des risques de contamination</b> sont définies et font l'objet de protocoles (précautions « standard » et complémentaires, Plan de Maitrise Sanitaire, Procédures de nettoyage,...). Les protocoles d'hygiène sont établis et appliqués au sein de l'établissement. Une sensibilisation du personnel au respect des règles d'hygiène est organisée chaque année et comprend entre autres l'hygiène corporelle, le lavage des mains et la propreté vestimentaire. La bonne réalisation de ces formations et sensibilisations font l'objet</p>		<p>L'établissement pourrait réfléchir à la mise en place d'une traçabilité du médicament à chaque prise.</p> <p>Réfléchir à la mise en place d'un poste d'AV référente.</p> <p>Revoir l'organisation de la réserve du 1<sup>er</sup> étage soit en cloisonnant la pièce (en prévoyant les contraintes liées à la prévention et sécurité incendie) soit en achetant des armoires fermées pour stocker le linge propre.</p> <p>Prévoir les petits travaux d'entretien à la remise en état des locaux (peinture plafond chambres et salles de bain des résidents, réfection de la zone dégradée du sol de la lingerie).</p> <p>Poursuivre la réfection progressive des chambres au fur et à mesure des départs et la réfection du local lingerie.</p> <p>Poursuivre la campagne de détartrage voire de changement des cuvettes des toilettes afin de combattre le risque de cas de légionellose. En cas de changement prévoir des sanitaires rehaussés qui éviteront la présence de rehausseurs peu hygiéniques.</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<p>d'enregistrements détaillés.</p> <p>Des dispositifs de maîtrise du risque infectieux sont en place (formation, référent hygiène, mise à disposition de solution hydro-alcoolique, vaccinations, maîtrise des circuits, traçabilité,...).</p> <p>L'analyse des risques infectieux a été réalisée via le manuel du GREPHH réalisé en 2013 mais non exploitée. Les résultats montraient 76% d'objectifs atteints avec une marge de progression sur la gestion du matériel de soin, l'organisation des soins et la prévention dans l'établissement. Une nouvelle analyse doit être réalisée par la nouvelle IDEC en 2014. Classeur Dari mis en place par la nouvelle IDEC.</p> <p>La prévention du <b>risque d'errance</b> et l'accompagnement des personnes à risque d'errance sont pris en compte à travers le projet d'établissement (architecture, soins, contrat de séjour, conduite à tenir en cas de sortie intempestive,...). Les risques de sorties à l'insu de l'établissement sont identifiés dans Netsoins, les personnes à risques sont basées au 3<sup>ème</sup> étage. Certaines personnes d'ambulantes portent un bracelet sur recommandation du médecin traitant. L'établissement est organisé pour prévenir le risque d'errance (digicode, unité sécurisée au 3<sup>ème</sup> déclaration de sortie intempestive, activités adaptées,...).</p> <p>L'établissement dispose d'un programme d'entretien et de maintenance préventive et curative des <b>dispositifs médicaux</b> (petits matériels et fournitures médicales et matériel médical amortissable). Le programme d'entretien et de maintenance est assuré et les actions sont tracées (vérification par des organismes</p>	<p>Réfléchir au réagencement de la lingerie afin de mieux respecter le circuit du linge propre/sale. —</p> <p>Continuer à inciter les résidents en chambre double à personnaliser leur chambre à l'aide de petits objets y compris après leur admission.</p> <p>Repenser le stockage du local technique du 1<sup>er</sup> étage. —</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>systematique par L'IDEC et l'homme d'entretien, un planning de suivi est créé depuis la révision globale de l'ensemble du matériel, cela permettra un suivi du matériel une fois par mois). L'efficacité des actions est évaluée (matérovigilance, événements indésirables,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant.</p> <p>L'établissement est organisé pour assurer la <b>sécurité des locaux, des biens et des personnes</b>. Lors de l'admission d'un nouveau résident, un inventaire des biens est dressé. Chaque résident à l'obligation d'avoir une assurance responsabilité civile et une couvrant les biens matériels. La résidence propose de sécuriser les objets de valeur dans un coffre en réalisant un inventaire contradictoire à l'aide de fiche de suivi. Le bâtiment est sécurisé par un portail extérieur, le jardin thérapeutique est sécurisé. Les escaliers sont sécurisés à l'aide de portillons. Présence de digicode à l'entrée. Les résidents à risque de sorites à l'insu de l'établissement sont identifiés et peuvent bénéficier de port de bracelet anti-fugue. Le bâtiment est sécurisé la nuit par un système d'alarme. L'établissement procède aux vérifications techniques prévues au règlement de sécurité. Chaque vérification technique donne lieu à un enregistrement comportant la date d'intervention, le type d'intervention réalisé et les observations, réserves éventuelles de l'intervenant.</p> <p>L'établissement s'assure de l'accessibilité du bâtiment pour les personnes en situation de handicap (diagnostic accessibilité en 2011), Des actions d'amélioration sont mises en place : accès goudronné à l'accueil, accès goudronné pour les ambulances.</p> <p>L'espace favorise l'accessibilité, l'orientation et les déplacements afin de garantir les meilleures conditions de vie,</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>de sécurité et d'autonomie des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'architecture de l'établissement et ses aménagements permettent de préserver la vie privée des résidents (ex : mise à disposition d'un espace d'intimité...);</li> <li>- Les couloirs disposent d'un éclairage naturel ou artificiel adapté de jour comme de nuit ;</li> <li>- Les couloirs sont dégagés de tout obstacle en dehors des périodes d'intervention (ex : chariots de ménage, linge, marches ou dénivellations non signalées, tapis endommagés ou mal fixés...)</li> <li>- Des mains-courantes, des sièges ou aires de repos sont aménagés afin que les personnes âgées n'aient pas à parcourir de trop longues distances (pas plus de 4 mètres) sans pouvoir se reposer ;</li> <li>- Les ascenseurs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.</li> </ul> <p>L'établissement adopte une signalétique favorisant le déplacement et l'orientation (ex : fléchage, pictogrammes sur les locaux fonctionnels et techniques ...). Le thème de la ville de Terrasson existe à chaque étage. Des espaces sont climatisés afin de lutter contre les risques sanitaires en période de forte chaleur. La <b>qualité de vie</b> fait partie de l'accompagnement au quotidien.</p> <p>L'établissement privilégie le confort et la propreté (organisation et planification de l'entretien des locaux, organisation et planification de la maintenance préventive et curative, contrats de maintenance...). L'établissement est maintenu en bon état (gestion des petits travaux...). Les chambres et les locaux communs sont entretenus quotidiennement par l'équipe. La qualité de vie est évaluée (taux de satisfaction, contrôles/audits...). Des actions sont mises en œuvre le cas échéant.</p> <p>Les locaux techniques et lieux de stockage</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>des produits d'entretien et produits dangereux sont signalés et fermés au public. Formation sécurité incendie 2 fois/an. Formation et contrôle HACCP en cuisine. L'entretien quotidien et approfondi des locaux communs, des espaces privatifs et des locaux techniques est organisé et tracé. Il prend en compte les risques de chutes en fonction de la nature du sol. Des procédures d'entretien des locaux sont élaborées, diffusées et appliquées. Le matériel nécessaire est mis à disposition.</p> <p>Les petits travaux à réaliser sont consignés et suivis dans le carnet curatif. A chaque fois que cela est nécessaire et au minimum une fois par an, l'établissement vérifie l'état général de la chambre afin d'évaluer les éventuelles réfections nécessaires. Après chaque départ définitif, l'établissement procède à un état des lieux afin d'évaluer les réfections à effectuer</p> <p>Les actions de prévention des <b>risques de contamination</b> sont définies et font l'objet de protocoles (précautions « standard » et complémentaires, Plan de Maîtrise Sanitaire, Procédures de nettoyage,...).</p> <p>Les protocoles d'hygiène sont établis et appliqués au sein de l'établissement.</p> <p>Une sensibilisation du personnel au respect des règles d'hygiène est organisée chaque année et comprend entre autres l'hygiène corporelle, le lavage des mains et la propreté vestimentaire. La bonne réalisation de ces formations et de ces sensibilisations fait l'objet d'enregistrements détaillés.</p> <p>Un protocole de prévention des contaminations manu-portées est systématiquement mis en place (nettoyage et désinfection des mains courantes et des poignées de portes)</p> <p>Le personnel dispose de solutions hydro-alcooliques pour la désinfection des mains facilement accessibles.</p> <p>Des dispositifs de maîtrise du risque infectieux sont en place (formation, référent hygiène, mise à disposition de</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<p>solution hydro-alcoolique, vaccinations, maîtrise des circuits, traçabilité,...).</p> <p>Les cupules de distribution des gouttes per os sont désinfectées en bac de désinfection après chaque utilisation</p> <p>Pour l'hygiène des mains, des solutions hydro-alcooliques sont à disposition de tous dans l'établissement ainsi qu'un affichage reprenant les techniques de base à chaque point d'eau commun.</p> <p><b>Les risques professionnels</b> sont identifiés à périodicité définie, analysés et maîtrisés (dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle, document unique des risques professionnels actualisé tous les ans, taux d'AT,...).Le document unique des risques professionnels est adapté aux risques de la résidence et fait l'objet d'un plan d'action validé en séance de Délégués du personnel.</p> <p><u>Faiblesse</u>: Netsoins n'est pas totalement déployé les équipes ont donc deux supports à utiliser, générant un éventuel risque d'erreur.</p> <p>Les radiographies sont stockées dans une armoire bois brut ne de l'infirmerie, ce type de matériau ne permet pas le nettoyage et la désinfection.</p> <p>Lors de la distribution des médicaments, seuls les problèmes liés à une non prise sont tracés. Pas de traçabilité effective de la prise. Le circuit du médicament, tel qu'organisé actuellement au sein de l'Ehpad, ne présente aucune défaillance ; à ce jour, la réglementation n'impose pas la traçabilité de l'administration des traitements de la vie courante. Le circuit du médicament, tel qu'organisé actuellement au sein de l'Ehpad, ne</p>	

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>vie courante</p> <p>Le local technique du 1<sup>er</sup> étage sert de stockage sale et propre (chariots ménage et réserve de linge propre).</p> <p>Il n'y a pas de poste d'AV référente sur cette grande structure (105 lits), la traçabilité liée au nettoyage est contrôlée par la directrice ou l'IDEC</p> <p>L'établissement souffre d'un manque d'entretien régulier et efficace : les cuvettes de WC sont entartrées et devront être changées (en profiter pour mettre des cuvettes rehaussées)Le tartre est un agent favorisant l'apparition de légionnelles.. Les plafonds des salles de bains et WC sont écaillés. L'établissement a commencé une campagne de changement de WC, réfection des chambres au fur et à mesure des départs.</p>		
<p>Le dispositif de prévention et de signalement de maltraitance</p>	<p><b>Forces :</b> La <b>prévention des risques de maltraitance</b> des personnes vulnérables, se concrétise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'intervention auprès des résidents de personnel formés sur le thème de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance ;</li> <li>- la mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques de maltraitance (Par l'utilisation de dispositif de signalement,...) ;</li> <li>- l'organisation d'un système de signalement des actes de maltraitance au sein de l'établissement</li> <li>- l'affichage du numéro unique / maltraitance</li> </ul> <p>L'établissement a défini une politique concernant la bientraitance (projet d'établissement, charte spécifique à l'établissement, protocole de lutte contre la maltraitance,...). Une évaluation des risques permet d'identifier les situations</p>		<p>Le registre bientraitance pourrait être utilisé par la psychologue pour tracer la réflexion des équipes suite à ses mini formations sur la bientraitance</p>



Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>et les facteurs de maltraitance (cartographie des risques,...). Des dispositifs de promotion de la bientraitance sont en place (information/sensibilisation de l'encadrement en matière de prévention, de repérage, de signalement et de traitement de la maltraitance, formation des professionnels, analyse de pratique, modes d'expression des usagers,...). La psychologue a planifié des mini formations sur la bientraitance une fois par mois.</p> <p>Les questions d'organisation et de climat social sont appréhendées au regard des risques de maltraitance éventuels. La directrice conduit les réunions des DP pour évoquer les points liés à la bientraitance et maltraitance éventuelle</p> <p>Un registre bientraitance est mis en place depuis fin 2013. Les points sont fait en réunion hebdomadaire ou lors de transmissions ciblée si la situation est plus urgente. Une réflexion au sein de l'équipe de direction est conduite sur l'interférence de la dimension personnelle dans les comportements professionnels. Une référente bientraitance est spécifiquement formée sur la résidence (une 2<sup>ème</sup> salariés est prévue) et l'ensemble du personnel est formé à la prévention de la maltraitance.</p>	<p><u>Faiblesse</u>: Le projet d'établissement actuel développe peu la politique de bientraitance.</p> <p>Le registre bientraitance est complété mais est encore mal exploité du fait de l'absence du médecin coordonnateur et de l'arrivée récente de l'IDEC et de la psychologue</p>	

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
dénutrition/ déshydratation)	<p><b>douleur</b> fait l'objet d'une évaluation systématique et d'une prise en charge spécifique par du personnel formé.</p> <p>Une échelle de mesure de la douleur est réalisée par l'IDEC dès l'entrée et notée dans Netsoins. Les équipes (IDE et AS) sont maintenant suffisamment formées pour effectuer des échelles de la douleur en cas de problème ou à la demande d'un médecin traitant. Pour l'instant pas de PSI douleur de formalisé. Une évaluation systématique de la douleur est recherchée une fois par an ou tous les 6 mois pour les personnes identifiées à risque ou sous traitement chronique antidouleur. Cette évaluation est actuellement faite par l'IDEC. A l'entrée de chaque résident, la 1<sup>ère</sup> toilette est réalisée de façon systématique par un IDE et un AS, ce qui permet d'apprécier une éventuelle douleur très rapidement. L'établissement met à disposition des résidents des moyens matériel adapté et conséquents (matelas, coussin positionnement, poche de gel, un lève personne par étage).</p> <p>Les <b>chutes</b> font l'objet d'un signalement écrit systématique et d'une analyse de leurs causes permettant de mettre en place des solutions globales ou individuelles.</p> <p>Aucune contention n'est mise en place sans prescription médicale.</p> <p>L'IDEC a fait une formation auprès des équipes sur le remplissage des fiches de chutes Elles sont données à l'IDE qui les complète par le plan de suivi et recueille des données complémentaires. L'IDEC les enregistre sur Netsoins. Actuellement en l'absence du médecin coordonnateur il n'y a pas d'examen systématique, c'est le médecin traitant qui est appelé. Une analyse des chutes est réalisée en réunion pluridisciplinaire et les indicateurs qualité sont suivis par l'IDEC. Des actions correctives sont mises en place quand c'est lié à des causes autres que la</p>		<p>projet personnalisé soit complet (PVI &amp; PSI) et prenne en compte toutes les dimensions du résident.</p> <p>Déployer l'utilisation de Netsoins afin de limiter la multiplication des supports et limiter les éventuels risques d'erreur.</p>

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>pathologie. L'IDEC suit le plan d'action.</p> <p>Le personnel est sensibilisé et formé à la <b>prévention des escarres</b>. L'établissement met à disposition du matériel adapté. Le traitement prescrit par le médecin est appliqué par le personnel infirmier. Les modalités de prévention et de prise en charge des escarres sont définies au travers de protocoles de soins (protocole changement de position, protocole de pansement d'escarre,...). Des dispositifs de prévention et de prise en charge des escarres sont en place (évaluation du risque d'escarre, traçabilité, matériel de prévention,...).</p> <p>L'IDEC a identifié les personnes à risque sur Netsoins à l'aide du test de Braden et MNA. En fonction des résultats du matériel peut être mis en place et les préventions d'escarres sont rentrées sur la planification de soins. Des fiches de changement de positions sont utilisées par les équipes depuis plusieurs mois et les formations réalisées par l'IDEC. Les suivis et la traçabilité sont notés sur les classeurs de nursing. Actuellement il y a quelques escarres de retour d'hospitalisation (3) et des escarres acquises sur des stades de soins palliatifs (5). Du matériel de prévention est à disposition (coussin, matelas à air adapté, bottes de décharge...)</p> <p>Les <b>troubles de la nutrition et/ou de l'hydratation</b> font l'objet d'une évaluation, d'une prescription médicale (repas spéciaux, régimes, compléments alimentaires) et d'un suivi. Les modalités de prévention et de prise en charge de la dénutrition sont définies au travers de protocoles de soins (protocole de mise en place des compléments nutritionnels oraux, protocole de suivi du poids,...). Une</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<p>résultats, le médecin traitant prescrit soit des régimes HP20 soit de compléments alimentaires. Une fiche de surveillance alimentaire est mise en place avec un suivi sur trois jours. Un protocole de suivi est mis en place en fonction des médecins et des recommandations ORPEA (suivi albuminée et poids). Un planning de suivi est mis en place par l'IDEC. De nombreux résidents arrivés de domicile étaient dénutris.</p> <p>A son arrivée l'IDEC a repris en main la gestion de <b>l'incontinence</b> car les protections étaient très mal utilisées. Des formations ont été réalisées (IDEC et équipe Hartmann) sur les différents produits de l'incontinence, sur les aspects techniques du positionnement du matériel de change et l'hygiène associée. Une étude de produits a été faite et adaptée aux besoins des résidents. Chaque résident a maintenant une fiche de suivi des protections Hartmann avec le nombre et type de change par jour répertorié. Depuis cette gestion les rougeurs et prescription Econozole sont en baisse significatives.</p> <p>Une fois par mois l'équipe revoit les fiches de change pour s'assurer que tout correspond bien aux besoins du résident. Une nouvelle formation avec l'équipe Hartmann est planifiée en juin. Il existe 2 référentes incontinence.</p> <p>Des dispositifs de prévention et de prise en charge de l'incontinence sont en place (évaluation des besoins, temps d'accompagnement aux toilettes,...).</p> <p><b>La contention physique</b> est réalisée sur prescription médicale pour un mois, après recherche de solution avec l'équipe et avec l'accord écrit du résident, dans la mesure où il peut donner son consentement, information de la famille enregistrée dans le dossier du résident, ou de son représentant légal. Les contentions sont réévaluées tous le mois</p>	

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>en équipe pluridisciplinaire. Les demandes d'autorisations sont mises en place depuis l'arrivée de l'IDEC (actuellement seules trois autorisations n'ont pas encore été retournées par les familles). Les autorisations sont enregistrées sur Netsoins et archivée dans un classeur contention.</p> <p>Toutes les contentions font l'objet d'une prescription médicale pour un mois.</p> <p>L'établissement limite la mise en place de dispositifs de contention (lits Alzheimer, adaptation du traitement et de l'aide, adaptation de l'environnement,...) et maîtrise le recours à la contention (prescription, traçabilité, réévaluation,...).</p> <p>A partir d'un bilan interne ou externe, les <b>résidents atteints de troubles psychiques</b> bénéficient de soins et d'un accompagnement spécifique, par du personnel formé à cet effet. Ils disposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'un cadre de vie sécurisant, confortable et convivial ;</li> <li>- d'un projet de vie spécifique visant à préserver et à entretenir les acquis (animations adaptées, soins réguliers, lutte contre l'isolement...).</li> </ul> <p>L'IDEC a entré dans Netsoins les résidents à risque ou ayant des troubles du comportement avec l'aide du médecin traitant et de la psychologue, en l'absence du médecin coordonnateur. Un psychogériatre se déplace sur la résidence une fois par mois pour suivre les résidents ayant des troubles du comportement.</p> <p>La psychologue effectue le MMS dans le mois qui suit l'entrée. Tous les résidents ont un test à jour. Les NPI ES ont été effectués pour les résidents ayant des troubles du comportement.</p> <p>La GDS ou mini GDS est réalisée pour l'ensemble des résidents. Un renouvellement des tests est planifié annuellement et en cas d'évolution thymique.</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
	<p>A la demande de la psychologue un soutien peu être mis en place en interne ou en externe avec le soutien du géronto psychiatre.</p> <p>Les familles sont informées et soutenues vis à vis de leur proche présentant des troubles cognitifs.</p> <p>Depuis 2013, des formations et mini formations sur les troubles du comportement et troubles de l'humeur sont proposées par la psychologue en se basant sur la bientraitance. Des situations peuvent être évoquées au cas par cas vis à vis de comportement non adaptés de l'équipe vis à vis d'un résident.</p> <p>Le <b>projet d'animation</b> a été élaboré en 2009 sur la base d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents, des familles et des salariés ainsi qu'a l'aide des constats établis de l'autoévaluation ANGELIQUE réalisée en équipe. Il a été présenté aux salariés lors d'une réunion spécifique, aux résidents et aux familles lors d'un Conseil de la Vie Sociale en 2009.</p> <p>Des activités variées sont proposées aux résidents : activités manuelles, revue de presse, jeux de mots, chorale, atelier occitan, jardinage, sorties au supermarché, au lac de Chateau, spectacles dansant, kermesse, intervention de l'association « animalement vôtre », ateliers bien-être, peinture, projection de films, rencontre avec les enfants des écoles et du centre aéré...Le planning d'animation hebdomadaire est affiché au rez-de-chaussée (côté bureau direction) et au 3ème étage. L'activité du jour est notée sur un autre panneau dans le couloir donnant sur le petit salon situé à côté de la salle de restaurant.</p> <p>Des activités à visée thérapeutique sont également proposées par la psychologue</p>		

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations
		<p>en lien avec les AS/AMP (atelier cuisine au 3ème étage pour les résidents désorientés, repas thérapeutique, stimulation sensorielle, séances de snoezelen) et par l'association Siel bleu. Des AMP, présentes au 3ème étage (résidents désorientés) sont également partie prenante de l'animation.</p> <p><u>Faiblesse :</u></p> <p>Le projet de soins date de 2009. Des groupes de travail vont être mis en place pour le retravailler notamment avec le nouveau médecin coordonnateur.</p> <p>Le projet animation n'a pas été actualisé ni présenté aux salariés depuis cette époque. Seuls le recueil des souhaits des résidents et les commissions d'animation permettent d'adapter le programme d'animation.</p>	

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

La résidence est spacieuse, lumineuse dans un bon environnement géographique mais c'est un établissement vieillissant qui nécessite de l'entretien intérieur et extérieur.

Les résidents et familles sont satisfaits des prestations proposées et de la qualité de réponse du personnel, de l'animation, de la restauration, du sens de la communication de l'équipe et d'une excellente directrice. L'équipe est active, dynamique et souriante malgré un climat social décrit comme encore fragile. L'équipe rencontrée les jours de l'évaluation externe est motivée autour d'une directrice fédératrice.

La restauration est un point fort de la résidence avec des plats réalisés « maison ».

Le jardin et le jardin thérapeutique sont des points forts et favorisent les sorties des résidents et de leurs accompagnants.

La direction porte une dynamique qualité avec une bonne prise en compte de l'évaluation interne et effectuée des contrôles et audits réguliers. Le personnel en a bien compris les enjeux et les impacts malgré une insuffisance de connaissance des RBPP en général. Le projet d'établissement totalement obsolète est à réécrire. Ce travail ne pourra qu'être fédérateur et sans doute un élément déclencheur de stabilité sociale si la participation de tous est effective et managée en souplesse et de façon communicante et participative dans un cadre parfaitement défini par la législation en tenant compte des attentes et besoins des résidents.

La prise en charge du soin a beaucoup souffert du turn-over du poste et changement successif de médecin coordonnateur. L'arrivée récente de la nouvelle IDEC porte déjà ses fruits dans la réorganisation du travail, le respect des procédures et protocoles. L'équipe soignante est confiante et proche du cadre soignant dans un réel objectif d'amélioration en faveur des résidents.

Les projets personnalisés largement inexistant dans le passé sont repris en main depuis les constats effectués lors de l'évaluation interne et la constitution d'une équipe soignante plus stable. L'établissement est dans un réel effort d'amélioration.



## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

<p>Descriptif des outils pour conduire et mettre en œuvre la démarche</p>	<p>Définition du cadre évaluatif pour les résidences certifiées et les résidences non certifiées avec la direction qualité du groupe ORPEA.</p> <p>Détermination des durées des évaluations avec répartition selon les 3 étapes de l'évaluation et selon que les résidences sont certifiées ou non :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La durée totale d'intervention par établissement non certifié est fixée à 6,5 jours dont :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travaux préparatoires : 1 jour</li> <li>- Intervention sur site : 3,5 jours</li> <li>- Réalisation du pré-rapport, rapport et abrégé : 2 jours</li> </ul> </li> <li>○ La durée totale d'intervention par établissement certifié est fixée à 4 jours dont :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travaux préparatoires : 1 jour</li> <li>- Intervention sur site : 1 jour</li> <li>- Réalisation du pré-rapport, rapport et abrégé : 2 jours</li> </ul> </li> <li>- Co-construction des plannings d'évaluation externe, en identifiant précisément les interlocuteurs rencontrés par tranche horaire avec :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un planning sur 1 jour pour les établissements certifiés, avec intervention obligatoire d'un professionnel de santé comme évaluateur externe (le second évaluateur intervenant en phase préparatoire et pour la rédaction du rapport)</li> <li>○ Un planning sur 2 jours pour les établissements non certifiés, avec intervention obligatoire d'un professionnel de santé et d'un second évaluateur ayant un profil plus qualitatif.</li> </ul> </li> <li>- Echanges entre ORPEA et SGS ICS sur la grille d'évaluation externe utilisée par SGS ICS pour les évaluations, avec indication des différentes parties de la grille dans les plannings, et accord au sujet des questionnements individuels sur la façon dont ils seront menés.</li> <li>- Co-construction de la liste des documents de chaque établissement à envoyer à SGS ICS pour la phase préparatoire des évaluations externes.</li> </ul> <p>De nombreux échanges ont eu lieu entre juillet 2012 et août 2013, à la fois présentiels mais également par courriel ou téléphone pour définir très clairement les accords entre ORPEA et SGS ICS sur l'organisation des évaluations externes, les noms des évaluateurs externes,</p>
---	--

	la définition des plannings, les méthodes de questionnements, ainsi que les conditions tarifaires.
Modalités d'implication des équipes (Direction et personnels)	Disponibilité des équipes et de la direction tout au long de l'évaluation externe. Mise à disposition des documents demandés.
Modalités d'association des usagers	Rencontres de tous les résidents disponibles qui le souhaitaient à la demande de la direction. Deux familles rencontrées
Nombre d'entretiens conduits	3résidents 9membres du personnel 2familles 4 bénévoles 1intervenant extérieur, musicothérapeute
Nombre de jours pour conduire l'évaluation externe	6,5 jours hommes dont : - Travaux préparatoires : 1 jour - Intervention sur site : 3,5 jours (sur 2 jours : soit 1 jour avec 2 évaluateurs et 1 jour avec 1 évaluateur) - Réalisation du pré-rapport, rapport et abrégé : 2 jours

## Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>jours sont intenses, il n'y a pas de répit. Il faut            dre rapidement et être excessivement            f. En tant que directrice, c'est une très grosse            on. Les évaluateurs ont été très agréables            une attitude plutôt rassurante.</p>	<p>La directrice est très satisfaite de la conclusion car elle illustre            bien la résidence actuellement.            Le travail et le dynamisme de l'équipe sont reconnus, les efforts            sont récompensés même si l'établissement est vieillissant.            Reste la trame du rapport d'évaluation externe qui est très            lourde à relire et redondante.</p>

## 5 SYNTHÈSE

### 5.1 LA DEMARCHE D'ÉVALUATION INTERNE MISE EN ŒUVRE PAR L'ESSMS

#### A - Forces

Une évaluation interne conduite de janvier 2013 à juillet 2013 a été menée conformément à la recommandation « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » ANESM – février 2012 (périmètre d'évaluation, association des différentes parties prenantes,...). Le rapport de l'évaluation interne a été finalisé en juillet 2013.

Le champ sur lequel a porté l'évaluation interne correspond au périmètre de l'évaluation sociale et médico-sociale défini réglementairement (décret 2007-975).

#### Une démarche participative et collective :

La participation de tous a été recherchée.

La méthodologie a été présentée et expliquée aux équipes de la résidence par la référente Qualité régionale, chargée de les accompagner tout au long de cette démarche.

La démarche d'évaluation a intégré les points de vue de l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les professionnels de l'établissement (équipe de direction, professionnels de soins, personnel hôtelier, restauration, lingerie, etc.). Les intervenants extérieurs (libéraux, partenaires du territoire, bénévoles), les résidents et leur entourage ont été sollicités mais avec peu de succès (une seule famille a participé à l'axe 5).

Le lancement de la démarche d'évaluation interne a été présenté lors du Conseil de la Vie Sociale (14/12/12) et dans la gazette mensuelle de janvier et février 2013. Les résidents et familles intéressés devaient se rapprocher de la direction.

Les résidents ont été sollicités par oral mais les créneaux horaires disponibles pour le personnel étaient déjà limités pour mener à bien les groupes de travail. Une famille a néanmoins participé pour l'axe 5 sur l'accompagnement de fin de vie.

Afin de connaître l'avis des professionnels intervenants, la commission de coordination gériatrique et une enquête « prescripteur » ont été utilisées en 2013.

L'analyse des pratiques a été réalisée à l'aide de grilles qui ont pris en compte la participation et les demandes des résidents et des familles lors des différentes commissions (CVS, Commission menus et animation) mais également les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2012.

Le rapport a été diffusé et soumis pour avis et/ou validation aux instances.

Les modalités de communication des propositions d'amélioration résultant de l'évaluation interne sont adaptées.

L'ensemble des personnes concernées a été informé des actions d'amélioration retenues.

L'établissement a formalisé une procédure de communication.

#### Une démarche d'objectivation :

La démarche d'évaluation a nécessité une rigueur méthodologique qui garantisse l'objectivité des données recueillies et analysées. A cet effet, le groupe ORPEA a mis à la disposition de la résidence une méthodologie d'évaluation et des outils de travail permettant l'appropriation de la démarche dans le cadre de la vie quotidienne de l'EHPAD, avec ses contraintes et ses obligations.

L'évaluation des activités a eu pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents. Elle aide à adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, aux spécificités, aux attentes et aux besoins des résidents, dans le cadre des missions et des contraintes qui lui sont imposées. Cette évaluation a porté une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population accompagnée au regard des caractéristiques de cette dernière et des missions et des valeurs de la structure.

### Rétro planning :

Les échéances clés du rétro-planning ont été les suivantes :

- 14 décembre 2012 : la démarche d'évaluation interne a été présentée en CVS.
  - 16 et 17 janvier 2013 : COPIL N°1 avec la référente qualité régionale, les référents du staff pour présenter et préparer la démarche (nomination des pilotes des axes, réflexion sur les modalités d'organisation des réunions, outils à disposition...) Présentation de la démarche aux salariés (Equipe et contre Equipe), lancement de l'appel à candidature.
  - Du 16 au 21 janvier : Inscription des salariés dans les différents axes. Les volontaires ont été initialement peu nombreux.
  - Du 21 janvier au 30 juin : conduite des réunions
  - 10 Avril 2013 : COPIL N°2 – Point avec la référente qualité sur l'avancée de la démarche et mise en place d'une stratégie pour mener à bien les groupes de travail qui était du ressort de l'IDEC qui a quitté l'établissement à mi-parcours.
- Au cours des groupes de travail de l'évaluation interne, l'IDEC a quitté son poste en mars 2013. Elle n'avait traité que deux thèmes (chutes et escarres) sur les sept thèmes de l'axe 2 et n'avait pas débuté l'axe 3. La référente qualité, un infirmier d'une autre résidence et le médecin coordonnateur régional sont donc venus prêter main forte pour réaliser les groupes de travail manquant. Des salariés non-inscrits lors de l'appel à candidature ont cependant été sollicités le jour des groupes de travail et ont apprécié la démarche.
- Le 2 Mai 2013 : COPIL N°3 – Point sur l'avancée des groupes et la saisie des grilles
- 30 juin au 30 juillet : Rédaction du rapport d'évaluation interne
- 1er juillet : COPIL N°4 – validation du plan d'amélioration avec les pilotes
- 8 Août 2013 : Finalisation du rapport

### Comité de pilotage et groupes de travail :

Un comité de pilotage a été constitué, afin de garantir la cohérence des informations recueillies et l'application d'une méthodologie objective ; il était composé des responsables des différents secteurs de l'établissement, chargé chacun de l'organisation des réunions autour d'un axe choisi, soit :

- Directrice et Adjoint de direction, Pilote de l'axe 1,
- IDEC, Pilote des axes 2 et 3
- Animatrice, Pilote de l'axe 4 et Chef cuisine, copilote de l'axe 4
- Psychologue, Pilote de l'axe 5

### Les axes de travail :

- Axe 1 : la garantie des droits individuels et collectifs
- Axe 2 : La prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- Axe 3 : Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance
- Axe 4 : La personnalisation de l'accompagnement
- Axe 5 : L'accompagnement de fin de vie

Chaque axe a fait l'objet d'une réflexion commune par les groupes de travail dédiés, aidés dans leurs observations par des supports d'évaluation, sous forme de grilles reprenant chaque thème inhérent à chaque axe

### Les supports d'évaluation :

Des grilles d'évaluation ont été élaborées par la Direction Qualité, testées par les établissements et ce, pour chaque thème développé dans les cinq axes, reprenant des pré requis de l'organisation interne au groupe » », et proposant des pistes de réflexion, basées sur les Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

Basées sur la recommandation « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » publiée en février 2012, les grilles proposées sont divisées en trois parties :

- 1ère partie : le cadre évaluatif, reprenant les objectifs du thème traité et les sources d'informations – tant d'un point de vue de procédures internes, de modules de formation, de supports de traçabilité que des recommandations et publications diverses des tutelles et organismes de santé.
- 2ème partie : le recueil d'information, rappelant grâce à un fil conducteur certains points essentiels pour une prise en charge optimale des résidents, matériel de base à une réflexion plus approfondie sur les pratiques réelles appliquées au quotidien, complète cette réflexion pour tenter de mesurer les effets des pratiques des intervenants de l'EHPAD, sur les résidents.
- 3ème partie : l'analyse des constats, permettant aux équipes de formaliser l'identification d'éventuels écarts, entre la théorie et la pratique, et leurs causes. L'analyse des causes a été réalisée en utilisant la méthode de l'arbre des causes. De cette analyse, le Comité de Pilotage identifie des points forts, des points dits « faibles » pouvant nécessiter la planification d'un plan d'amélioration.

#### **Les indicateurs utilisés :**

Le groupe ORPEA a mis depuis plusieurs années à disposition de ses EHPAD, des indicateurs qualité pour mesurer la pertinence et l'efficacité des procédures et protocoles de prise en charge des résidents mis en place au fil des années. Ces indicateurs permettent un suivi de l'application des fondamentaux et de leur évolution, sur les thèmes de prise en charge tant d'un point de vue soins infirmiers, prise en charge de la dépendance, suivi des activités occupationnelles et thérapeutiques..., reprenant ainsi la majorité des thèmes dont l'ANESM préconise l'évaluation.

Chaque EHPAD doit suivre 10 indicateurs mensuels obligatoires, dont l'analyse a pu compléter l'évaluation de plusieurs des thèmes traités dans cette évaluation.

Les indicateurs annuels préconisés par l'ANESM ont également été intégrés à l'évaluation, afin de compléter l'analyse des outils de mesure internes déjà utilisés

#### **Plan d'Amélioration évaluation interne**

Les modalités de mise en œuvre des actions d'amélioration sont clairement décrites. Chaque pilote a été chargé de proposer des actions d'amélioration avec les participants de son propre groupe de travail.

Ces actions ont été présentées aux référents du staff lors du dernier comité de pilotage en date du 1er juillet 2013.

Chacun a pu mettre en valeur son propre travail et celui des équipes qui ont été parties prenantes de la démarche. Certains objectifs ont été ajustés suite aux échanges entre les pilotes (ex : mise en place d'un poste informatique pour les résidents).

Les actions d'amélioration ont été planifiées. Cf plan d'action en annexe J - Les échéances des différentes actions ont ensuite été définies en priorisant celles qui avaient un lien avec la sécurité des résidents (ex : classeur contention, prévention des chutes...), les orientations du projet d'établissement (ex des formations définies dans le plan de formation annuel) et de la convention tripartite.

#### **Communication et diffusion des résultats de l'évaluation interne**

Le rapport d'évaluation interne et son plan d'action ont été diffusés et soumis aux différentes instances (CVS, DP, information dans la gazette de la résidence). Le plan d'action est très complet. De nombreuses actions à suivre pour améliorer la qualité à l'issue de l'évaluation interne et également dans le cadre des procédures du groupe ORPEA. Les actions d'amélioration font l'objet d'un suivi périodique en plans d'actions lors du staff direction une fois par mois. Un COPIL se réunit deux fois par an avec la référente qualité régionale pour faire le point sur l'ensemble de la démarche qualité (dont le suivi de l'évaluation interne).

La résidence suit 10 indicateurs mensuels obligatoires et a choisi de rajouter trois indicateurs facultatifs : remplissage des fiches de nursing et « selles et urines », remplissage des fiches « environnement », suivi des plateaux en chambre. Le suivi et l'analyse de ces indicateurs permettent d'évaluer mensuellement plusieurs thèmes traités dans l'évaluation interne.

Les actions du plan d'action comportent tous des indicateurs de suivi et des indicateurs de résultats et un responsable d'action. En général un membre du COPIL mais également des référents parmi les membres du personnel.

Le plan d'action est très complet : De nombreuses actions à suivre pour améliorer la qualité à l'issue de l'évaluation interne et également dans le cadre des atteintes des procédures d'ORPEA.

Les actions d'amélioration font l'objet d'un suivi périodique en plan d'action du staff une fois par mois. Un COPIL se réunit deux fois par an avec la référente qualité pour également suivre ces points.

Un compte-rendu du COPIL est affiché en salle de pause et à l'accueil. Il a également été présenté au Conseil de la Vie Sociale.

Les résultats de l'évaluation interne et leur suivi ont été présentés en CVS.

Des améliorations concrètes sont constatées et mesurées (bilans périodiques,...).

### B - Faiblesses

Le lancement de l'évaluation interne le 16 et 17 janvier 2013 est arrivé dans une période délicate : changement de direction en septembre 2012, nouveaux planning depuis le 1er janvier 2013, climat sensible avec le personnel suite à un épisode de grève durant l'été 2012, IDEC devant être très présente auprès des équipes qui est partie en cours de réalisation, plus de MEDEC...

Le retro planning prévu a dû être réajusté : le délai imparti pour les réunions a été ajusté suite au départ de l'IDEC en poste en mars 2013. Cette dernière était en effet pilote des axes 2 et 3. Il a donc fallu les réorganiser.

### C - Préconisations / recommandations

-Renforcer la communication liée à l'évaluation interne auprès des résidents : Comme il est recommandé par l'ANESM dans sa RBPP « L'évaluation interne » repères pour les EHPAD, il est nécessaire de mettre en place un comité de pilotage qui impliquera en plus du personnel de la structure des résidents ou représentant de résidents, des familles ou des représentant légaux, des bénévoles, des partenaires. Les partenaires qui ont signé une convention doivent être associés à la démarche sur les sujets qui les concernent plus particulièrement (hospitalisation, association liée à l'animation, bénévolat lié à la liberté du culte...). Il est rappelé par l'ANESM que la participation des résidents va « au delà de la seule consultation ». La résidence devra s'appuyer sur la particularité du public accueilli et prévoir une participation des résidents à travers des consultations individuelles, des participations à des groupes de réflexion thématiques.

-Au regard de l'évaluation interne de 2013, la résidence devra mettre en place un mode de communication diversifié au sujet de la participation de chaque partie prenante à l'évaluation interne notamment en trouvant pour chacune des parties des modalités de participation différentes : interview d'intervenants, questionnaires ciblés pour les partenaires. Pour la prochaine évaluation interne, si le climat social est difficile, il sera conseillé de différer de quelques mois la démarche d'évaluation interne afin que les constats effectués soient réalisés pour les bénéficiaires des résidents dans un climat plus serein.

-Aucun résident et une seule famille ayant finalement participé aux groupes de travail, il serait pertinent de : renforcer les explications sur le sens et les objectifs de l'évaluation interne afin de favoriser des candidatures et de rechercher les sujets qui motivent le plus les résidents et leur familles, accepter des participations partielles sur les différents groupes de travail.

-Intégrer l'équipe de bénévoles très présente à la réalisation de la prochaine évaluation interne

## LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PUBLIEES PAR L'ANESM PAR L'ESSMS

---

### A - Forces

Le des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) est mise à jour dans un classeur en salle de repos (mise à disposition des synthèses et des résumés ORPEA). Un classeur ANESM est également présent dans le poste de soin. L'établissement analyse ses pratiques au regard des recommandations des pratiques professionnelles identifiées dans le cadre de l'amélioration mis en œuvre. Les informations relatives aux thèmes des RBPP ou des groupes de travail sont mises en place en intra : mini-formation sur le thème de la bientraitance, les RBPP sont évoquées en transmissions en reprenant les grandes lignes de la mise en œuvre. Les différentes réflexions de ces groupes de travail font l'objet de la mise en œuvre de procédures, de plans d'action et de projets partenariaux.

### B - Faiblesses

Les RBPP sont partiellement connues du personnel de jour. Il existe encore des confusions entre les procédures et les recommandations. Elles sont méconnues du personnel de nuit rencontré lors de la visite.

### C - Préconisations / recommandations

Il s'agit de faire le lien entre les RBPP de l'ANESM et les procédures du groupe ORPEA et sensibiliser le personnel de jour sur leur existence.

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

---

**PS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions**

### A - Forces

Le projet d'établissement encadre les activités et expose la manière dont l'établissement accomplit ses activités dans le cadre de la mission de bientraitance.

Le projet a été élaboré sur la base de la CTP de 1<sup>ère</sup> génération et de l'auto-évaluation faite avec l'outil utilisé au niveau départemental de la Dordogne.

Les objectifs énoncés dans le projet d'établissement sont des objectifs fixés pour la période de validité du projet d'établissement.

### B - Faiblesses

Le projet d'établissement est ancien, rédigé en 2009 pour une validité jusqu'en 2014. Il n'a donc pu être élaboré selon la recommandation de l'ANESM « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service » parue en 2010.

Les objectifs du projet d'établissements ont été élaborés à partir de l'auto-évaluation du référentiel Angélique qui tout en étant une base est insuffisant.

Les missions de l'établissement sont présentes pour partie dans le projet de soins.

Le projet d'animation est peu détaillé. Le projet de soin ne semble pas correspondre aux pratiques actuelles compte-



Le projet d'établissement ne mentionne pas la prise en charge des résidents au regard de l'évolution du profil du public accompagné (accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, des malades Alzheimer, évolution des pathologies, qualification des professionnels en fonction de la dépendance de la personne...). Néanmoins, un appel à candidature a été lancé auprès des salariés en salle de pause et plusieurs d'entre eux se sont inscrits. Les groupes de travail vont commencer au 2ème semestre 2014 sachant que le projet est à renouveler pour fin 2014.

### **C - Préconisations / recommandations**

Rédiger un nouveau projet d'établissement en utilisant la RBPP « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service », en impliquant les différentes parties prenantes  
 Informer les résidents et familles par le biais du CVS de la phase de rédaction d'un nouveau projet.

Constituer les différents groupes de travail lié au projet d'établissement suite à l'appel à candidature qui a été fait auprès des salariés (mai 2014).

### **L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention**

#### **A – Forces**

Les différents objectifs du projet sont cohérents entre eux. Ils respectaient les objectifs de la convention tripartite 1ère génération (livret d'accueil à mettre en place, recrutement d'un médecin coordonnateur, rédaction d'une procédure d'accueil du résident...).

La convention tripartite signée le 22/04/2014 permettra de servir de base à l'écriture du nouveau projet d'établissement.

Les nouveaux objectifs de la CTP prévoient notamment la réactualisation du projet d'établissement, la formalisation de la prise en charge du résident au regard de son contrat de séjour, la structuration et la stabilisation de la gestion et l'organisation des ressources humaines ...

#### **B - Faiblesses**

Les objectifs définis dans le projet d'établissements sont surtout liés à des constats anciens (grille Angélique) et à des objectifs de convention tripartite qui ont été rédigés en 2001.

### **C - Préconisations / recommandations**

Lors de la rédaction du futur projet d'établissement prévue pour fin 2014, inclure les 10 nouveaux objectifs de la convention tripartite signée en avril 2014.

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

#### **A – Forces**

La politique des gestions des ressources humaines est définie. La gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement (anticipation qualitative et quantitative les besoins en personnel, outils et indicateurs de gestion prévisionnelle...). Les départs à la retraite sont anticipés : 5 salariés vont partir dans les 5 ans.

La directrice est responsable de la gestion des ressources humaines. Celles-ci sont identifiées et connues (organigramme,...). La définition des missions et des responsabilités sont clairement définies (fiches métier, fiche

...). La résidence a retravaillé sur des fiches « heurées » décrivant les tâches précises à effectuer pour chaque fonction. Cela s'est fait dans le cadre de la réorganisation des plannings survenus en janvier 2013 (demande des services de la mission d'inspection du 17 et 18 juillet 2013). Des groupes de travail avec les salariés avaient été faits à cet effet.

Les descriptions de fonction sont commentées et diffusées à toute embauche. Le personnel est recruté selon des critères de compétences, de qualité relationnelle, d'expérience et de qualification. Les critères sont consignés dans une grille de recrutement. A chaque embauche, la fiche métier adaptée est présentée et expliquée par le salarié, qui s'engage ainsi à la respecter.

Le processus de recrutement des nouveaux collaborateurs est bien défini et il est remis à chaque nouveau salarié un dossier d'accueil accompagné de la charte de la personne accueillie et de la charte des droits et libertés de la personne handicapées. Chaque salarié bénéficie d'un référent (IDEC pour les IDE et les AS/AMP), directrice pour les AV. Les engagements de l'équipe réalisés en juin 2013 sont systématiquement remis et signés.

En 2013, la résidence a mis progressivement en place un entretien d'évaluation et de développement des compétences pour faire le bilan de l'année écoulée, d'apprécier les qualités humaines et personnelles du salarié ainsi que ses compétences professionnelles et techniques. En effet, les changements de direction en 2011 et 2012 ont entraîné du retard dans la réalisation. Un planning pour l'année 2014 a été réalisé. A ce jour 19 entretiens ont été réalisés sur 54. Ils seront finalisés au 30 septembre notamment pour établir le plan de formation 2015 qui sera présenté aux DP comme prévu dans les 6 prochains mois.

### **B - Faiblesses**

Les entretiens annuels d'évaluations des salariés n'ont pas été réalisés jusqu'en 2013.

### **C - Préconisations / recommandations**

**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**

#### **A – Forces**

Les actions de formation des besoins en formation et les retours de formation sont organisés (état des lieux des besoins en formation continue et qualifiante, plan de formation, évaluation du plan de formation, formations spécifiques à la demande des professionnels accueillies, identification de référents,...).

Le responsable de l'établissement réalise au minimum une fois par an un état des lieux des besoins en formation continue et qualifiante. Un plan de formation est établi conformément aux besoins exprimés et aux axes du projet de l'établissement. La directrice effectue le recueil des vœux de formation lors des entretiens annuels.

En complément du recrutement de l'IDEC et de la psychologue, les mini-formations sont redéployées. De nombreux supports sont à disposition pour les réaliser (DVD, protocoles...). Thèmes abordés : prévention des chutes, toilette et hygiène, transmissions ciblées, accueil téléphonique et physique, plan bleu, hygiène des locaux...

La directrice de l'établissement s'engage également à se former tous les 5 ans (directrice en cours de formation master en management des organisations) et à s'informer annuellement sur des sujets en relation avec sa fonction.

Le plan de formation intègre des formations spécifiques au moins une fois par an autour des problématiques Alzheimer et maladies apparentées, ces formations sont dispensées par l'IDEC et la psychologue.

Le personnel bénéficie d'un encadrement adapté (coordination des équipes, planification, réunions, soutien, entretien individuel d'évaluation, ...).

Des transmissions orales et écrites sont réalisées à chaque changement d'équipe. Depuis la mise en place de la nouvelle organisation en janvier 2013, trois temps de transmissions sont prévus : la matin (équipe de nuit/jour) – l'après-midi – le soir (équipe jour/nuit). Lors de la relève du matin et du soir, le cahier de transmissions est renseigné et émarginé.

L'établissement met en place un plan de formation, un suivi psychologique de son personnel par le biais de la psychologue et fait le point au minimum une fois par an de façon individuelle lors de l'entretien annuel conduit par la directrice de l'établissement.

Les pratiques des intervenants impactent sur la qualité de l'accompagnement (l'organisation permet l'individualisation des couchés, l'accompagnement aux toilettes prévu dans l'organisation favorise l'autonomie, ...).

Suite à la mise en place des nouveaux plannings, un temps a été dégagé pour mettre en place une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire, tous les vendredis. Cette réunion a lieu avec une AS ou AMP de chaque étage, une AV, une IDE, la psychologue, l'animatrice et l'IDEC (à venir le médecin coordonnateur). Cette réunion est divisée en plusieurs parties : reprise des chutes, des fins de vie, suivi douleur, personnes présentant des problèmes, suivi des PVI de manière systématique, mini formations...

Le personnel interrogé fait part de sa satisfaction des formations proposées tant en interne qu'en externe. Les formations et mini-formations proposées aux personnels sont très bien perçues par le personnel qui se sent soutenu par la directrice et l'IDEC. Les pratiques des intervenants impactent sur la qualité de l'accompagnement (l'organisation permet l'individualisation des couchés, l'accompagnement aux toilettes prévu dans l'organisation favorise l'autonomie, ...).

L'arrivée d'une nouvelle IDEC permet de repenser l'organisation des soins et un recadrage sur le respect des différents protocoles et procédures

Les réunions hebdomadaires permettent de proposer un suivi cohérent des résidents malgré l'absence de formalisation des projets de soins (hormis pour les fins de vie).

Le suivi du plan d'action de l'évaluation interne, l'analyse des pratiques professionnelles et les réorganisations du travail ont permis aux équipes de trouver une nouvelle dynamique bénéfique aux résidents notamment dans le domaine de la prise en charge du nursing et de l'organisation des soins.

Les formations et mini formations proposées aux personnels sont très bien perçues par le personnel qui se sent soutenu par la directrice et l'IDEC

### **B - Faiblesses**

Néant

### **C - Préconisations / recommandations**

Néant

## 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

### A – Forces

Des enquêtes de satisfaction du personnel ont déjà été réalisées pendant un temps.

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie, analysés et maîtrisés (dispositifs d'alerte et de formation permettant de mesurer la fatigue professionnelle, document unique des risques professionnels actualisé tous les ans, taux d'AT,...). Le document unique des risques professionnels est adapté aux risques de la résidence et fait l'objet d'un plan d'action validé en séance de DP.

La résidence a travaillé sur ses fiches « heurées » décrivant les tâches précises à effectuer pour chaque fonction. Cela s'est fait dans le cadre de la réorganisation des plannings survenus en janvier 2013 (demande des salariés et de la mission d'inspection du 17 et 18 juillet 2013). Des groupes de travail avec les salariés avaient été faits à cet effet.

### B - Faiblesses

Le projet social n'est pas formalisé dans le projet d'établissement (livret d'accueil nouveau salarié, projet social groupe...).

Le temps de présence la psychologue ne permet pas de planifier une analyse des pratiques de manière formelle en dehors de la réunion pluridisciplinaire.

### C - Préconisations / recommandations

L'établissement devrait développer son projet social dans le projet d'établissement.

Une analyse des pratiques professionnelles pourrait être proposée aux salariés par le biais d'un psychologue extérieur à la résidence.

## 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

### A – Forces

La population accueillie est conforme avec le public visé par le projet de l'établissement.

L'établissement dispose d'indicateurs qui permettent le pilotage des processus et la gestion de projet sur la base des constats effectués en évaluation interne et des procédures du groupe ORPEA. Les attendus de l'intervention en terme de promotion de l'autonomie, de qualité de vie pour les résidents, d'inscription sociale sont définis au regard de leur situation spécifique.

Les interventions sont cohérentes et ajustées aux besoins et attentes en termes de changement de l'état des résidents : amélioration ou prévention de la dégradation de leur situation.

Les attendus en termes de respect des droits fondamentaux au regard du libre arbitre des résidents et de leur capacité d'influer sur les choix importants de la vie sont définis.

L'établissement met en œuvre progressivement ses actions pour atteindre les objectifs prévus.

Les résultats des enquêtes sont diffusés aux salariés et CVS ; les résultats font l'objet de plans d'actions suivis par l'équipe en staff.

#### Efficacité du projet :

Le projet d'établissement datant de 2009 est décliné en objectifs assez peu précis.

**Efficiences du projet :**

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion de son projet fondé sur une analyse des activités.

L'établissement cherche à optimiser les coûts de son fonctionnement.

L'établissement organise régulièrement des « retours d'expérience » qui permettent d'apprécier l'impact des activités conduites au bénéfice des personnes accompagnées notamment depuis la nouvelle organisation de travail et l'arrivée de l'infirmière coordinatrice.

L'établissement dispose d'une organisation et d'outils permettant l'efficacité des actions.

Réactualisation régulière de l'organisation :

L'établissement actualise son organisation au regard des évolutions de la population accompagnée, de nouvelles réglementations, de nouvelles recommandations, des moyens alloués...La nouvelle CTP va permettre de fixer de nouveaux objectifs dans le futur projet d'établissement.

**B - Faiblesses**

Le projet est ancien, basé sur des constats qui ne sont plus d'actualité. Les objectifs sont essentiellement basés sur les demandes de la CTP de 2001, l'auto-évaluation Angélique et les valeurs et pratiques du groupe Mieux vivre. Le projet n'a pas été réactualisé depuis.

Le projet d'établissement ne présente pas totalement une réponse de la structure à l'évolution du profil du public accompagné (accompagnement des personnes situées au 3<sup>ème</sup> étage, évolution des pathologies, qualification des professionnels en fonction de la dépendance de la personne...).

Les objectifs de l'actuel projet d'établissement sont peu détaillés du fait des différents changements liés à la reprise par le groupe ORPEA et à un contexte social délicat (turn-over des postes d'IDEC et de Med Co, épisode de grève en 2012).

Les objectifs ne correspondent plus au contexte actuel (nouveaux outils mis en place, nouveaux objectifs, nouveaux projets...).

**C - Préconisations / recommandations**

-Développer dans le projet d'établissement les conditions d'admission, le projet et les conditions de sortie du 3<sup>ème</sup> étage qui est actuellement sécurisé et accueille des résidents avec troubles cognitifs et de déambulation.

-Prévoir la réécriture du projet d'établissement en prenant en compte : la nouvelle organisation liée à la reprise par le groupe ORPEA, l'organisation actuelle du travail, le contexte encore délicat d'encadrement des équipes, les résultats de l'évaluation interne et les objectifs de la nouvelle convention tripartite.

**La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS****A – Forces**

Les activités développées et les prestations délivrées par la résidence sont en cohérence avec attentes et besoins des résidents. Les résidents et familles interrogées sont satisfaits des prestations proposées et estiment que l'équipe répond bien à leurs besoins.

Les attendus de l'intervention en terme de promotion de l'autonomie, de qualité de vie pour les résidents, d'inscription sociale sont définis au regard de leur situation spécifique dans le projet de vie.

Les interventions sont cohérentes et ajustées aux besoins et attentes en termes de changement de l'état des résidents : amélioration ou prévention de la dégradation de leur situation.

endus en termes de respect des droits fondamentaux au regard du libre arbitre des résidents et de leur capacité  
er sur les choix importants de la vie sont définis.

nséquences concrètes, pour les résidents, de la prévention ou de la diminution des risques liés à leur situation  
nticipées notamment dans l'unité sécurisée du 3<sup>ème</sup> étage.

ation des activités a eu pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les résidents.

## **B – Faiblesses**

## **C - Préconisations / recommandations**

# **L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE**

**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**

## **A – Forces**

énévoles intervenants dans la structure sont identifiés : Association VMEH (visiteur médicaux en milieu  
alier). 5 personnes viennent tous les mardis pour bavarder avec les résidents. Une convention est singée avec le  
de l'association.

ens sont instaurés avec les services hospitaliers proches et compétents, ainsi qu'avec toute autre spécialité  
ale et le secteur psychiatrique. La résidence dispose d'un temps de psychologue et travaille en partenariat avec  
ycho- gériatre du Verger des balans qui intervient une fois/mois dans la structure pour des bilans et  
isations thérapeutiques. Des liens existent également avec le CMP de Terrasson en lien avec le CH de Périgueux.

odalités de coopération avec le réseau de santé sont formalisées par des conventions spécifiques. La résidence a  
des conventions avec Pallia 24 (soins palliatifs) le 19/10/10, le CH de Périgueux le 20/11/2003 (cette convention  
en lien avec le CMP de Terrasson qui peut intervenir dans l'établissement pour une prise en charge  
ologique et psychiatrique), le CH de Brive (17/06/2004 avec une autre convention signée le 24/08/2009 dans le  
du plan de pandémie grippale), le Verger des balans (le 3/01/11 pour l'intervention d'un psycho gériatre à raison  
demi-journée par mois pour faire des bilans et des préconisations thérapeutiques aux médecins traitants  
ure convention) et avec l'équipe de HAD.

dence a des liens non formalisés avec CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) Périgourdin.

Intégrer l'établissement dans la vie de la cité, l'établissement organise et participe à des actions proposées par  
es établissements ou services de la localité : invitation dans une maison de retraite de Terrasson une fois par an  
u'avec la résidence ORPEA (Brive). La bibliothèque municipale intervient pour des séances de lecture tous les 15  
Une fois par mois les résidents vont au cinéma de Terrasson pour une séance spéciale public âgé. Les résidents  
ent aux organisations spécifiques de la mairie : thé dansant, repas des aînés, Sortie sur le marché tous les

## B - Faiblesses

Néant

## C - Préconisations / recommandations

L'établissement pourrait inclure les bénévoles dans la vie de l'établissement en leur présentant les différents projets dont le projet d'établissement et les évaluations internes et externes, commission animation

## La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS

### A - Forces

L'établissement recueille les attentes et besoins de ses partenaires.

L'établissement réalise des enquêtes de satisfaction auprès de ses partenaires : enquêtes de satisfaction partenaires et prescripteurs annuelles, dernier envoi en mai 2014.

Les partenaires transmettent leur perception de l'établissement et de ses missions. A la suite des enquêtes des analyses sont faites et de plan d'action sont mis en place dans la résidence.

### B - Faiblesses

Néant

### C - Préconisations / recommandations

Néant

## 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

### A - Forces

Les intervenants extérieurs (médecins traitants et intervenants libéraux tels que les kinésithérapeutes par exemple) ont la possibilité de réaliser des transmissions papier ou par le logiciel de soins.

Depuis 2009, l'objectif du projet de soin a été de formaliser l'existant et d'harmoniser les pratiques dans les deux équipes afin d'assurer une prise en charge respectueuse du résident, de son rythme de vie, de ses besoins et de ses attentes.

Le Groupe ORPEA a homogénéisé les pratiques de soins dans toutes les résidences. Toutes les procédures, les protocoles, les dossiers de soins et les fiches de surveillance sont rédigés en collaboration avec les équipes soignantes, sous le contrôle de la Direction Médicale. Un suivi et contrôle des protocoles sont réalisés, notamment depuis l'arrivée de la dernière IDEC.

La continuité des soins est assurée (accès au dossier de soins par les professionnels de soins, transmissions, traçabilité des soins, organisation de réunions pluridisciplinaires, conventions ou partenariats, règlement intérieur de la commission de coordination gériatrique,...). La résidence a signé des conventions avec Pallia 24 (soins palliatifs), le CH de Périgueux en lien avec le CMP de Terrasson, le CH de Brive, le Verger des balans et l'HAD.

La résidence a des liens non formalisés avec le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) Périgourdin.

## B - Faiblesses

La commission de coordination gériatrique a été remise en place par le précédent médecin coordonnateur (une fois en deux ans). Les médecins traitants ne se sont pas déplacés. Étaient présents deux pharmacies, le laboratoire, les infirmières de la résidence.

La numérisation du dossier n'est pas finalisée, ce qui amène une multiplicité des outils (un dossier papier, un dossier informatique).

## C - Préconisations / recommandations

Renforcer la commission gériatrique au rythme de deux fois par an à partir de l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur. Afin d'obtenir la venue du plus grand nombre d'intervenants, essayer de rechercher auprès des professionnels des sujets fédérateurs et varier les jours et heures de commission.

Le médecin coordonnateur devrait finaliser le déploiement du dossier de soins informatique et réfléchir au renforcement du parc informatique.

**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**

### A – Forces

Intégrer l'établissement dans la vie de la cité, l'établissement organise et participe à des actions proposées par les établissements ou services de la localité : invitation dans une maison de retraite de Terrasson une fois par an en collaboration avec la résidence ORPEA (Brive). La bibliothèque municipale intervient pour séance de lecture tous les 15 jours. Une fois par mois les résidents vont au cinéma de Brive pour une séance spéciale public âgé. Les résidents participent à des animations spécifiques de la mairie : thé dansant, repas des aînés. Sortie sur le marché tous les jeudis.

Pour rendre accueillant l'établissement et ainsi faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des résidents, une attention particulière est portée à l'architecture et à la communication.

Les modalités de communication et de transmission d'informations concernant les résidents sont mises en place avec des outils adaptés.

Les modalités de recueil des attentes des proches sont définies et appliquées à travers le projet personnalisé.

Le maintien des liens sociaux et familiaux est également encouragé par une démarche volontaire d'ouverture sur le territoire. Pour ce faire, des modalités de communication avec l'extérieur sont déployées (outils de communication, sorties, accueil des proches, bénévoles, ...)

### B – Faiblesses

Le management de l'établissement permet au résident d'accueillir ses proches et de communiquer avec eux mais il manque des espaces plus intimes en dehors des vastes espaces communs du rez-de-chaussée.

### C - Préconisations / recommandations



## 5.5 LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES USAGERS

**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**

### A – Forces

Les modalités de pré-admission sont définies (procédure d'accueil d'un nouveau résident, critères définis, documentation, orientation le cas échéant, modalités dans le livret d'accueil, ...).

Une attention particulière est portée à l'arrivée d'un nouveau résident. Le personnel est informé et sensibilisé à l'intégration du nouveau résident. Les entrées à venir sont évoquées en réunion pluridisciplinaire. Lors des transmissions les équipes sont informées des arrivées. Le référent institutionnel (une IDE ou l'IDEC) du résident s'occupe plus particulièrement de son intégration dans la résidence. Afin de n'oublier aucune étape de l'accueil du nouveau résident, le personnel s'appuie sur une procédure d'accueil. A son arrivée, le résident et ses proches sont accueillis par le responsable de l'établissement ou l'adjoint de direction, l'IDEC ou l'adjoint de direction. Un IDE accompagne le résident dans la chambre. L'animatrice va se présenter et apporte le cadeau de bienvenue le premier jour.

Dans le cadre de la préparation de l'avenant au contrat de séjour concernant le projet personnalisé, un bilan d'évaluation de séjour réunissant le résident, ses proches et le personnel est organisé au plus tard dans le trimestre qui suit son entrée : recueil des données fait par l'animatrice et la psychologue qui vont permettre l'élaboration du projet de vie.

Les attentes des résidents sont recueillies suivant les modalités définies, rapidement après son arrivée par animatrice et psychologue. Les différents types de besoins (cadre de vie, rythme de vie, aide aux actes de la vie quotidienne, prévention et maintien de l'autonomie, maintien des capacités de déplacement, soins, vie sociale, spirituelle, affective...) sont évalués.

Le résident participe à l'élaboration du projet. Les modalités d'implication des proches et des représentants légaux sont définies et sont effectives. Le projet de vie personnalisé du résident est désormais (depuis 2013) systématiquement construit et mis en œuvre pour tous les nouveaux résidents dans le mois suivant l'entrée. Chaque résident dispose d'un projet personnalisé pour les nouveaux entrants (association du résident, implication des proches et/ou des représentants légaux, support formalisé, avenant au contrat de séjour, signature du document, référent résident nommé...).

Le projet personnalisé est partagé avec les équipes : présentation par la psychologue du PVI en réunion pluridisciplinaire, cette réunion permet de définir les objectifs d'accompagnement et les modalités concrètes du plan d'action.

### B - Faiblesses

Les projets de vie comportent dans la partie « recommandations » des objectifs généraux ou des commentaires mais peu d'actions bien définies. Aucune personne responsable de la réalisation n'est identifiée puisqu'il s'agit de l'équipe entière.

### C - Préconisations / recommandations

Formuler dans les PVI des objectifs, des actions précises pour atteindre les objectifs, désigner les personnes responsables de l'action et noter un pour chaque action un indicateur d'atteinte de résultat (afin de faciliter la relecture d'atteinte des objectifs au moment de la révision des PVI). Un indicateur de suivi des actions pourrait également être établi.

**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**

#### **A – Forces**

Le projet de vie individuel est développé depuis le 2ème semestre 2013 et sur l'année 2014 par la psychologue. A ce jour, 72 PVI réalisés sur les 105 présents. Ils sont signés pour 52 résidents (soit par les résidents, familles et tuteurs). Un planning de rattrapage pour les anciens résidents (30 environ) est élaboré par la psychologue. Tous les nouveaux entrants bénéficient actuellement d'un PVI. Les révisions des PVI sont planifiées et réalisées. Pour les résidents qui présentent des troubles cognitifs, les PVI sont révisés tous les 6 mois.

Le résident participe à l'élaboration du projet. Les modalités d'implication des proches et des représentants légaux sont définies et sont effectives.

L'ensemble du personnel interrogé estime que les résidents participent à leur projet de vie dans la mesure où ils sont en capacité de le faire ou au moins partiellement pour ceux qui ont le plus de troubles cognitifs.

Les résidents interrogés ne connaissent pas forcément la terminologie du projet personnalisé mais disent pouvoir exprimer leurs besoins et attentes. Les familles interrogées disent être impliqués dans les projets de vie.

#### **B - Faiblesses**

Du fait du contexte social très sensible en 2012 (départ de l'ergothérapeute, turn-over du poste d'IDEC, de médecin coordonnateur, changement de direction) aucun résident n'avait de projet de vie. Depuis l'arrivée de la psychologue, tous les nouveaux résidents bénéficient d'un PVI.

A ce jour aucun projet de soin n'est formalisé (hormis pour les résidents en fin de vie).

#### **C - Préconisations / recommandations**

Maintenir le rythme de réalisation des PVI pour atteindre le seuil des 100% tout en respectant le renouvellement des PVI pour l'ensemble des résidents

Formaliser les projets de soins individualisés lors de du nouveau MEDEC.

**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**

#### **A – Forces**

La coordination de projet est organisée. L'histoire de vie et les habitudes de vie, les centres d'intérêt, les attentes, le recueil des capacités restantes et réalisables sont recueillis par la psychologue auprès de l'ensemble des résidents d'une part puis de la famille. La psychologue synthétise le recueil sur une version informatisée du PVI. Le PVI est présenté par la psychologue en équipe pluridisciplinaire qui est proactive et permet d'enrichir le document. Ce dernier est présenté au résident et sa signature est requise. En cas d'impossibilité le PVI est signé par la famille, le tuteur ou la personne de confiance. Les tuteurs sont impliqués dans le PVI et peuvent être force de proposition.

Des actions ont été entreprises pour individualiser et adapter l'accompagnement de chaque usager (repas, levé, coucher, etc.).

Une évaluation et une révision annuelle du projet sont en cours de réalisation.

Les projets sont très bien personnalisés mais les objectifs ne sont pas suffisamment précis dans la formulation des objectifs et des actions précises qui en découlent (Objectifs à formaliser, actions qui découlent de l'objectif puis qui réalise l'action et des indicateurs d'atteinte de résultats).

## B - Faiblesses

Néant

## C - Préconisations / recommandations

Maintenir le rythme de réalisation des PVI pour atteindre le seuil des 100% tout en respectant le renouvellement des PVI pour l'ensemble des résidents

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

### A – Forces

Par le formulaire de désignation d'une personne de confiance, le résident a la possibilité de définir les modalités d'accès de cette personne aux informations le concernant.

Le traitement des données à caractère personnel (dossier du résident) fait l'objet de démarches et formalités prévues par la législation informatique et libertés (déclaration CNIL par le siège ORPEA)

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié du résident et de la famille pour toute question qui touche à l'évolution du traitement médical ou de l'état de santé du résident. Les modalités d'accès au dossier médical d'un résident sont décrites dans une procédure abordant le respect du secret médical, que cela soit de son vivant ou après son décès. La procédure précise la qualité des personnes qui peuvent avoir accès au dossier médical, le type d'informations qui peuvent être transmises, les modalités de demande et de transmission des éléments. La demande doit être adressée à la Direction de la Résidence.

### B - Faiblesses

Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas systématiquement recueillies et disponibles dans l'ensemble des dossiers

## C - Préconisations / recommandations

Augmenter le taux recueil des personnes de confiance et des directives anticipées lors de l'arrivée du nouveau MEDEC.

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

### A – Forces

Les résidents et familles sont invités à renseigner les enquêtes de satisfaction, la direction ainsi que les professionnels informent régulièrement les familles et leur explique l'importance du retour de ces enquêtes afin de mettre en place des axes d'amélioration (par exemple, le dernier CVS a porté entre autre sur les résultats de l'enquête de satisfaction). L'établissement est très à l'écoute des résidents et met en œuvre les actions nécessaires à la satisfaction de leurs besoins.

Chaque année, une enquête de satisfaction est envoyée aux familles et aux résidents et les résultats sont analysés au niveau du département qualité du groupe à Paris. Des actions correctives sont mises en place. La dernière enquête a montré un retour satisfaction global de 85 % dont 15% très satisfaits et 70% satisfaits. Les points d'amélioration concernaient : l'entretien du linge, la propreté des abords de la résidence, l'entretien des chambres à fond. Les points positifs concernaient notamment les animations et sorties. Un plan d'action a été mis en place : un planning d'entretien a été établi pour l'homme d'entretien pour les extérieurs. Une tondeuse autoportée a été achetée. Pour le linge des résidents, des rendez-vous réguliers ont été faits avec le prestataire et deux référentes lingerie ont été nommées.

Les résidents, les familles et le personnel ont à leur disposition à l'accueil des fiches de dysfonctionnement et un cahier « votre avis nous intéresse ». Les réclamations écrites ou orales sont prises en compte par la Direction et traitées dans

les meilleurs délais. Certains points peuvent être traité immédiatement et ou si cela est plus important, cela est revu en staff direction et un entretien avec les familles est mis en place.

#### **B - Faiblesses**

Néant

#### **C - Préconisations / recommandations**

Néant

**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**

#### **A - Forces**

Les résidents sont informés des différents moyens d'expression et de participation à la vie de l'établissement (affichage, communication orale, livret d'accueil, journal de la résidence...). L'expression et la participation des résidents sont effectives (conseil de la vie sociale trois fois par an, commission restauration, commission animation, dispositif de gestion des plaintes et réclamations,...).

La directrice ou son adjoint font partie intégrante du CVS. Les différents comptes rendus sont affichés.

Le CVS se réunit 3 fois par an, il est composé à minima de 3 familles, 3 résidents, 3 salariés et de la directrice.

La directrice rencontre la présidente pour établir l'ordre du jour du CVS.

Les réunions du CVS sont préparées également avec les résidents et les proches.

Un compte rendu est systématiquement rédigé et communiqué après chaque réunion puis affiché à l'accueil. La dernière réunion a eu lieu le 24/03/14 (3 résidents et 1 représentants des familles, 3 représentants du personnel).

#### **B - Faiblesses**

Néant

#### **C - Préconisations / recommandations**

Néant

## **5.6 LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES**

**Les modes d'organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité**

#### **A - Forces**

Chaque résident et ses proches sont informés sur le fonctionnement de l'établissement, les règles collectives et ses droits.

Ces informations sont spécifiées dans les documents affichés et remis avant l'entrée (règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil).

Les résidents sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Les résidents sont informés des différents moyens d'expression et de participation à la vie de l'établissement (affichage, communication orale, livret d'accueil, journal de la résidence...). L'expression et la participation des résidents sont effectives (conseil de la vie sociale trois fois par an, commission menu, commission animation, dispositif de gestion des plaintes et réclamations,...).

Le CVS se réunit au minimum 3 fois par an, la commission restauration et la commission animation trois fois par an.

Les résidents ont un libre choix de leur culte religieux et des conditions de pratiques des différents cultes religieux. L'établissement aide le résident dans ses démarches administratives de demande d'aide : travail avec des assistantes sociales, aide à la déclaration d'impôt, changement d'adresse, l'APA, vote par procuration...

Le consentement et le libre choix du résident sont systématiquement recherchés.

Toute personne de l'établissement respecte la dignité et l'intimité des résidents (vouvoiement de rigueur, frapper à la porte...).

La résidence dispose de chambres individuelles et de chambres doubles. Chaque chambre comporte un cabinet de toilette. 5 chambres doubles vont être refaites pour faciliter l'intimité mais resterons doubles.

Afin de faciliter le repérage de la chambre et reconnaître le domicile personnel, chaque porte fait apparaître de façon lisible au minimum l'identité de la personne. Dans une volonté d'appropriation, les résidents sont invités à personnaliser leur chambre.

L'accompagnement de fin de vie est assuré dans la dignité et le respect des convictions du résident. En cas de soins palliatif, L'IDEC passe systématiquement auprès des résidents une fois par jour. L'IDEC fait un point clinique avec les médecins traitants de manière très régulière, à minima tous les deux jours et tous les jours en cas de douleur. Une convention existe avec Pallia 24 (peu disponible) et l'HAD.

L'accompagnement de fin de vie est assuré dans la dignité et le respect des convictions du résident (recueil des souhaits relatifs à la fin de vie, confort et soutien du résident, information des proches sur l'état de leur parent, intervention des équipes mobiles ou autres structures ressources,...).

### **B - Faiblesses**

Les espaces de vie communs sont spacieux mais il manque de petits espaces favorisant l'intimité ou la tranquillité en petit groupe ou en famille notamment dans les étages

Les moyens architecturaux ne permettent pas totalement de respecter l'intimité et la vie privée : présence de chambres doubles qui ne favorisent pas l'intimité (l'accès aux toilettes des chambres est très étroit et un certain nombre de résidents doivent laisser la porte ouverte). Une réflexion sur des rideaux pourrait être menée.

Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas systématiquement recueillies et disponibles dans l'ensemble des dossiers mais l'IDEC réalise un entretien systématique avec les résidents et/ou les familles pour harmoniser les pratiques et les recueils.

### **C - Préconisations / recommandations**

Augmenter le taux recueil des personnes de confiance et des directives anticipées lors de l'arrivée du nouveau MEDEC.

**Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance**

### **A – Forces**

Une organisation est en place pour rassembler toutes les informations relatives aux risques et aux événements indésirables. Un système permanent de notifications et de suivi des anomalies est mis en place à tous les niveaux de l'établissement.

Un système de signalement des événements indésirables est en place, permettant au personnel et à tout intervenant extérieur de signaler des dysfonctionnements.

sfonctionnements font l'objet d'un traitement et d'un suivi avec le personnel concerné. Les incidents et ts donnent lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition.

océdure de gestion des événements indésirables existe et est appliquée.

ns d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels sont définis et connus de tous.

océdure de gestion de crise est formalisée et a été élaborée avec les professionnels.

issement a défini les modalités d'actions en cas d'urgence (conduite à tenir, convention CH,...).

ations d'urgence sont gérées (DLU, matériel d'intervention en cas d'urgence, personnel formé,...).

issement évalue la réponse apportée en cas d'urgence (taux d'hospitalisation en urgence, évaluation des causes pitalisons en urgence,...). Des actions correctives sont apportées le cas échéant.

tif de gestion de crise (plan de gestion de crise, documents supports, cellule de crise, plan de continuité des s, formation, communication), dont Plan Bleu

issement a identifié des risques :

e de sortie à l'insu de l'établissement : sécurisation du 3<sup>ème</sup> étage, système de bracelet électronique pour les ts à risque, portillon de sécurisé à la sortie ;

e d'inondation (risque de la ville de Terrasson) : toutes les machines sont surélevée, le SSI a été déplacé à ;

e lié aux coupures d'électricité : achat d'un groupe électrogène.

## B - Faiblesses

## C - Préconisations / recommandations

**Mise 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**

## A - Forces

politique en matière de **prise en charge médicamenteuse** est définie (usage des neuroleptiques, diazépines, risque iatrogène,...). **Le circuit du médicament** est formalisé et structuré. Les ordonnances sont aux différentes pharmacies. La livraison intervient dans la journée. Les infirmiers préparent les piluliers de la e selon un planning bien défini. La préparation s'effectue les après-midis. Les ordonnances sont informatisées tssoins. Les médecins ont tous leur code d'accès. La fiche de traitement est automatiquement générée par le l, contre signée par le médecin traitant et rangée dans le classeur de traitements (un par étage) avec en regard nance d'origine. Ce sont uniquement les infirmiers qui distribuent les médicaments et font prendre les aments. Conformément à la procédure du groupe, seuls les incidents et refus sont tracés.

et de l'établissement est de faire préparer les piluliers sur place par les pharmacies afin de sécuriser le circuit du ament et de limiter le risque de iatrogénie.

sence du médecin coordonnateur (arrivée prévue en juin 2014), l'IDEC s'assure que **la douleur** fait l'objet d'une tion systématique et d'une prise en charge spécifique par du personnel formé.

recherchée une fois par an ou tous les 6 mois pour les personnes identifiées à risque ou sous traitement chronique antidouleur (et à chaque administration de toxiques). Cette évaluation est actuellement faite par l'IDEC. A l'entrée de chaque résident, la 1<sup>ère</sup> toilette est réalisée de façon systématique par un IDE et un AS, ce qui permet d'apprécier une éventuelle douleur très rapidement. L'établissement met à disposition des résidents des moyens matériel adapté et conséquents (matelas, coussin positionnement, poche de gel, un lève personne par étage).

Les **chutes** font l'objet d'un signalement écrit systématique et d'une analyse de leurs causes permettant de mettre en place des solutions globales ou individuelles

Aucune contention n'est mise en place sans prescription médicale.

L'IDEC a refait une formation auprès des équipes sur le remplissage des fiches de chutes. Actuellement les équipes remplissent les fiches de chutes sur papier 'IDE la complète ensuite suite à son évaluation. L'IDEC les enregistre sur Netsoin. Actuellement en l'absence du médecin coordonnateur il n'y a pas d'examen systématique, c'est le médecin traitant qui est appelé. Une analyse des chutes est réalisée en réunion pluridisciplinaire et les indicateurs qualité sont suivis par l'IDEC. Des actions correctives sont mises en place quand cela est lié à des causes autres que la pathologie. L'IDEC suit le plan d'action et la direction vise également les fiches une fois/semaine.

Le personnel est sensibilisé et formé à la **prévention des escarres**. L'établissement met à disposition du matériel adapté. Le traitement prescrit par le médecin est appliqué par le personnel infirmier. Les modalités de prévention et de prise en charge des escarres sont définies au travers de protocoles de soins (protocole changement de position, protocole de pansement d'escarre,...). Des dispositifs de prévention et de prise en charge des escarres sont en place (évaluation du risque d'escarre, traçabilité, matériel de prévention,...).

L'IDEC a identifié les personnes à risque sur Netsoin à l'aide du test de Braden et MNA. En fonction des résultats du matériel peut-être mis en place et les préventions d'escarres sont rentrées sur la planification de soins. Des fiches de changement de positions sont utilisées par les équipes depuis plusieurs mois et les formations réalisées par l'IDEC. Les suivis et la traçabilité sont notés sur les classeurs de nursing. Actuellement il y a quelques escarres de retour d'hospitalisation (3) et des escarres acquises sur des stades de soins palliatifs (5). Du matériel de prévention est à disposition (coussin, matelas à air adapté, bottes de décharge...).

Les **troubles de la nutrition et/ou de l'hydratation** font l'objet d'une évaluation, d'une prescription médicale (repas spéciaux, régimes, compléments alimentaires) et d'un suivi. Les modalités de prévention et de prise en charge de la dénutrition sont définies au travers de protocoles de soins (protocole de mise en place des compléments nutritionnels oraux, protocole de suivi du poids,...). Une albuminémie et le MNA, l'IMC sont réalisés de manière systématiquement à l'entrée du résident. En fonction des résultats, le médecin traitant prescrit soit des régimes HP20 soit des compléments alimentaires. Une fiche de surveillance alimentaire est mise en place avec un suivi sur trois jours. Un protocole de suivi est mis en place en fonction des médecins et des recommandations ORPEA (suivi albuminée et poids). Un planning de suivi est mis en place par l'IDEC. A noter que de nombreux résidents arrivés de domicile étaient dénutris.

A son arrivée, l'IDEC a repris en main la gestion de l'**incontinence** car les protections étaient parfois mal utilisées. Des formations ont été réalisées (IDEC et équipe Hartmann) sur les différents produits de l'incontinence, sur les aspects techniques du positionnement du matériel de change et l'hygiène associée. Une étude de produits a été faite et adaptée aux besoins des résidents. Chaque résident a maintenant une fiche de suivi des protections Hartmann avec le nombre et type de change par jour répertorié. Depuis la remise à plat de cette gestion, les rougeurs et prescription Econazole sont en baisse significative.

Une fois par mois l'équipe revoit les fiches de change pour s'assurer que tout correspond bien aux besoins du résident. Une nouvelle formation avec l'équipe Hartmann est planifiée en juin. Deux référentes incontinence sont nommées dans les équipes.

Des dispositifs de prévention et de prise en charge de l'incontinence sont en place (évaluation des besoins, temps d'accompagnement aux toilettes,...).

**Contention physique** est réalisée sur prescription médicale pour un mois, après recherche de solutions alternatives en équipe et avec l'accord écrit du résident, dans la mesure où il peut donner son consentement, information de la contention est enregistrée dans le dossier du résident. Les contentions sont réévaluées tous le mois en équipe pluridisciplinaire. Les demandes d'autorisations sont mises en place depuis l'arrivée de l'IDEC (actuellement seules trois autorisations n'ont pas encore été retournées par les familles). Les autorisations sont rangées et enregistrées sur des dossiers et archivées dans un classeur contention avec en regard les prescriptions médicales.

Les contentions font l'objet d'une prescription médicale pour un mois.

Le processus limite la mise en place de dispositifs de contention (lits Alzheimer, adaptation du traitement et de l'environnement, ...) et maîtrise le recours à la contention (prescription, traçabilité, réévaluation, ...).

**Prévention des risques de maltraitance** des personnes vulnérables, se concrétise par :

- l'intervention auprès des résidents de personnel formés sur le thème de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance ;
- la mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques de maltraitance (Par l'utilisation de dispositif de signalement, ...);
- l'organisation d'un système de signalement des actes de maltraitance au sein de l'établissement
- l'affichage du numéro unique / maltraitance

L'établissement a défini une politique concernant la bientraitance (projet d'établissement, charte spécifique à l'établissement, protocole de lutte contre la maltraitance, ...). Une évaluation des risques permet d'identifier les points forts et les facteurs de maltraitance (cartographie des risques, ...). Des dispositifs de promotion de la bientraitance sont en place (information/sensibilisation de l'encadrement en matière de prévention, de repérage, de signalement et de traitement de la maltraitance, formation des professionnels, analyse de pratique, modes d'expression des plaintes, ...). La psychologue a planifié des mini-formations sur la bientraitance une fois par mois.

Les préoccupations d'organisation et de climat social sont appréhendées au regard des risques de maltraitance éventuels. La directrice conduit les réunions des DP pour évoquer les points liés à la bientraitance.

Le dispositif bientraitance est mis en place depuis fin 2013. Les points sont faits en réunion hebdomadaire ou lors de missions ciblées si la situation est plus urgente. Une réflexion au sein de l'équipe de direction est conduite sur l'importance de la dimension personnelle dans les comportements professionnels. L'établissement dispose à cet effet d'une référente bientraitance formée (une 2<sup>ème</sup> va partir en formation). Tous les salariés sont également formés à la prévention de la maltraitance.

Après la réalisation d'un bilan interne ou externe, les **résidents atteints de troubles psychiques** bénéficient de soins et d'un accompagnement spécifique, par du personnel formé à cet effet. Ils disposent :

- d'un cadre de vie sécurisant, confortable et convivial ;
- d'un projet de vie spécifique visant à préserver et à entretenir les acquis (animations adaptées, soins réguliers, lutte contre l'isolement...).

Depuis l'entrée dans Netsoins les résidents à risque ou ayant des troubles du comportement avec l'aide du médecin gériatre et de la psychologue, en l'absence du médecin coordonnateur. Un psycho-gériatre se déplace sur la résidence une fois par mois pour suivre les résidents ayant des troubles du comportement.

La psychologue le MMS dans le mois qui suit l'entrée. Tous les résidents ont un test à jour. Des tests ES ont été effectués pour les résidents ayant des troubles du comportement.

Un mini GDS est réalisée pour l'ensemble des résidents. Un renouvellement des tests est planifié annuellement



Les familles sont informées et soutenues vis à vis de leur proche présentant des troubles cognitifs. Depuis 2013, des formations et mini formations sur les troubles du comportement et troubles de l'humeur sont proposées par la psychologue en se basant sur la bientraitance. Des situations peuvent être évoquées au cas par cas vis à vis de comportement non adaptés de l'équipe vis à vis d'un résident.

Les actions de **prévention des risques de contamination** sont définies et font l'objet de protocoles (précautions « standard » et complémentaires, Plan de Maîtrise Sanitaire, Procédures de nettoyage,...). Les protocoles d'hygiène sont établis et appliqués au sein de l'établissement. Une sensibilisation du personnel au respect des règles d'hygiène est organisée chaque année et comprend entre autres l'hygiène corporelle, le lavage des mains et la propreté vestimentaire. La bonne réalisation de ces formations et sensibilisations font l'objet d'enregistrements détaillés.

Des dispositifs de maîtrise du risque infectieux sont en place (formation, référent hygiène, mise à disposition de solution hydro-alcoolique, vaccinations, maîtrise des circuits, traçabilité,...).

L'analyse des risques infectieux a été réalisée via le manuel du GREPHH réalisé en 2013 mais non exploitée. Les résultats montraient 76% d'objectifs atteints avec une marge de progression au niveau de la gestion du matériel de soin, de l'organisation des soins et de la prévention dans l'établissement. Une nouvelle analyse doit être réalisée par la nouvelle IDEC en 2014. Classeur Dari mis en place.

La prévention du **risque d'errance** et l'accompagnement des personnes à risque d'errance sont pris en compte à travers le projet d'établissement (architecture, soins, contrat de séjour, conduite à tenir en cas de sortie intempestive,...). Les risques de sorties à l'insu de l'établissement sont identifiés dans Netsoins, les personnes à risques sont basées au 3<sup>ème</sup> étage. Certaines personnes déambulantes portent un bracelet sur recommandation du médecin traitant. L'établissement est organisé pour prévenir le risque d'errance (digicode, unité sécurisée à la 3<sup>ème</sup> déclaration de sortie intempestive, activités adaptées,...).

L'établissement dispose d'un programme d'entretien et de maintenance préventive et curative des **dispositifs médicaux** (petits matériels et fournitures médicales et matériel médical amortissable). Le programme d'entretien et de maintenance est assuré et les actions sont tracées (vérification par des organismes agréés,...). Les fauteuils roulants et coques sont gérés selon un circuit sale/propre (mise en place d'une révision systématique par L'IDEC et l'homme d'entretien, un planning de suivi est créé depuis la révision globale de l'ensemble du matériel, cela permettra un suivi du matériel une fois par mois). L'efficacité des actions est évaluée (matérovigilance, événements indésirables,...). Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant.

Concernant la **toilette**, une évaluation des capacités de chacun des résidents à faire sa toilette est réalisée. Des réévaluations sont régulièrement organisées.

Les modalités de maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale sont définies (politique bientraitance, protocole toilette évaluative, protocole toilette, plans d'aide,...).

Les dispositifs de maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale sont en place (installation/confort de la personne, formation du personnel, adaptation et traçabilité dans le plan de soins, gestion du refus de soins, respect des habitudes et du rythme de la personne,...).

Le projet d'animation a été élaboré en 2009 sur la base d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents, des familles et des salariés ainsi qu'à l'aide des constats établis de l'autoévaluation ANGELIQUE réalisée en équipe. Il a été présenté aux salariés lors d'une réunion spécifique, aux résidents et aux familles lors d'un Conseil de la Vie Sociale en 2009. Des activités variées sont proposées aux résidents : activités manuelles, revue de presse, jeux de mots, chorale, atelier occitan, jardinage, sorties au supermarché, au lac de Chateau, spectacles dansant, kermesse, intervention de l'association « animalement vôtre », ateliers bien-être, peinture, projection de films, rencontre avec les enfants des écoles et du centre aéré...Le planning d'animation hebdomadaire est affiché au rez-de-chaussée (côté bureau

in) et au 3ème étage. L'activité du jour est notée sur un autre panneau dans le couloir donnant sur le petit salon côté de la salle de restaurant. L'avis de l'ensemble des résidents est régulièrement sollicité pour l'organisation d'activités au cours de commissions spécifiques et lors de leur admission. Ces dernières permettent de planifier et d'organiser les activités. Un calendrier rythmé, adapté aux différents niveaux de dépendance et selon les souhaits des résidents est établi : les activités sont proposées selon des groupes homogènes. En 2013 seules l'animatrice et la loge traçaient la participation des résidents aux activités. Le personnel soignant et les intervenants extérieurs le font puis l'évaluation interne.

L'entretien est organisé pour assurer la **sécurité des locaux, des biens et des personnes**. Lors de l'admission d'un nouveau résident, un inventaire des biens est dressé. Chaque résident a l'obligation d'avoir une assurance responsabilité civile et une couvrant les biens matériels. La résidence propose de sécuriser les objets de valeur dans un coffre en réalisant un inventaire contradictoire à l'aide de fiche de suivi. Le bâtiment est sécurisé par un portail électrique, le jardin thérapeutique est sécurisé. Les escaliers sont sécurisés à l'aide de portillons. Présence de digicodes à l'entrée. Les résidents à risque de sorties à l'insu de l'établissement sont identifiés et peuvent bénéficier de port de contention anti-fugue. Le bâtiment est sécurisé la nuit par un système d'alarme. L'établissement procède aux vérifications techniques prévues au règlement de sécurité. Chaque vérification technique donne lieu à un enregistrement mentionnant la date d'intervention, le type d'intervention réalisé et les observations, réserves éventuelles de l'inspecteur.

L'établissement s'assure de l'accessibilité du bâtiment pour les personnes en situation de handicap (diagnostic réalisé en 2011). Des actions d'amélioration sont mises en place : accès goudronné à l'accueil, accès goudronné pour les ambulances.

L'architecture favorise l'accessibilité, l'orientation et les déplacements afin de garantir les meilleures conditions de vie, de sécurité et d'autonomie des résidents :

- L'architecture de l'établissement et ses aménagements permettent de préserver la vie privée des résidents (ex : mise à disposition d'un espace d'intimité...);
- Les couloirs disposent d'un éclairage naturel ou artificiel adapté de jour comme de nuit ;
- Les couloirs sont dégagés de tout obstacle en dehors des périodes d'intervention (ex : chariots de ménage, linge, marches ou dénivellations non signalées, tapis endommagés ou mal fixés...)
- Des mains-courantes, des sièges ou aires de repos sont aménagés afin que les personnes âgées n'aient pas à parcourir de trop longues distances (pas plus de 4 mètres) sans pouvoir se reposer ;

Les ascenseurs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

L'établissement adopte une signalétique favorisant le déplacement et l'orientation (ex : fléchage, pictogrammes sur les portes fonctionnelles et techniques ...). La signalétique est en lien avec la ville de Terrasson. Des espaces sont climatisés afin de lutter contre les risques sanitaires en période de forte chaleur. La **qualité de vie** fait partie de l'accompagnement au quotidien.

L'établissement privilégie le confort et la propreté (organisation et planification de l'entretien des locaux, organisation et planification de la maintenance préventive et curative, contrats de maintenance...). L'établissement est maintenu en état (gestion des petits travaux...). Les chambres et les locaux communs sont entretenus quotidiennement par le personnel. La qualité de vie est évaluée (taux de satisfaction, contrôles/audits...). Des actions sont mises en œuvre le cas échéant.

Les locaux techniques et lieux de stockage des produits d'entretien et produits dangereux sont signalés et fermés au public. Formation sécurité incendie deux fois/an. Formation et contrôle HACCP en cuisine. L'entretien quotidien et l'entretien fondamental des locaux communs, des espaces privatifs et des locaux techniques est organisé et tracé. Il prend en

Les petits travaux à réaliser sont consignés et suivis dans un carnet curatif disponible à l'accueil. A chaque fois que cela est nécessaire et au minimum une fois par an, l'établissement vérifie l'état général de la chambre afin d'évaluer les éventuelles réfections nécessaires. Après chaque départ définitif, l'établissement procède à un état des lieux afin d'évaluer les réfections à effectuer.

### B – Faiblesses

Netsoins n'est pas totalement déployé, les équipes ont donc deux supports à utiliser, générant un risque d'erreur.

Le projet d'établissement actuel développe peu la politique de bientraitance.

Le registre bientraitance est complété mais est encore mal exploité du fait de l'absence du médecin coordonnateur et de l'arrivée récente de l'IDEC et de la psychologue

Les radiographies sont stockées dans une armoire en bois brut à l'infirmerie, ce type de matériau ne permet pas le nettoyage et la désinfection.

De nombreuses cuvettes de toilettes sont entartrées. Le tartre est un agent favorisant l'apparition de légionnelles.

Le projet d'animation de 2009 n'a pas été réactualisé depuis.

L'animatrice et la psychologue rencontrent des difficultés pour motiver le personnel soignant dans la réalisation de petites activités notamment le week-end. Le personnel soignant se mobilise peu dans le cadre des activités d'animation. Néanmoins, il existe quelques AS/AMP volontaires qui mettent en place des quelques animations pour les plus dépendants (surtout pour les résidents désorientés du 3<sup>ème</sup> étage). L'animation envers les plus dépendants physiquement est encore à travailler depuis l'évaluation des groupes de travail sont mis en place pour mettre en place des projets adaptés : Siel Bleu, intervention musicothérapie, médiation animale.

Les chambres du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> étage sont peu adaptées à la prise en charge de la dépendance (les salles de bains sont exigües, les toilettes sont séparées et la porte permettant d'y accéder est peu facile d'accès pour les personnes en fauteuil roulant).

Présence de chambres doubles. Les chambres doubles sont petites et difficilement accessibles à deux personnes en fauteuil.

La résidence n'est pas clairement signalée dans la ville.

Les espaces de vie communs sont spacieux mais il manque de petits espaces favorisant l'intimité ou la tranquillité en petit groupe ou en famille notamment dans les étages.

Il n'y a pas de responsable hôtelière sur cette grande structure (105 lits), la traçabilité liée au nettoyage est contrôlée par la directrice ou l'IDEC.

Le local technique du 1<sup>er</sup> étage sert de stockage sale et propre (chariots ménage et réserve de linge propre).

Un parc à l'arrière de l'établissement est peu accessible aux personnes à mobilité réduite bien que celui situé devant le bâtiment soit totalement accessible et dispose d'un jardin thérapeutique fonctionnel. Il n'est pas prévu par l'établissement d'aménager le parc arrière car celui de devant est plus approprié en terme de sécurité.

Lors de la distribution des médicaments, seuls les problèmes liés à une non prise sont tracés. Pas de traçabilité effective de la prise. Le circuit du médicament, tel qu'organisé actuellement au sein de l'Ehpad, ne présente aucune défaillance ; à ce jour, la réglementation n'impose pas la traçabilité de l'administration des traitements de la vie courante. Le circuit du médicament, tel qu'organisé actuellement au sein de l'Ehpad, ne présente aucune défaillance ; à ce jour, la réglementation n'impose pas la traçabilité de l'administration des traitements de la vie courante.

### C - Préconisations / recommandations

Déployer l'utilisation de Netsoins afin de limiter la multiplication des supports et limiter les risques d'erreur  
Le registre bientraitance pourrait être utilisé par la psychologue pour tracer également la réflexion d'équipe suite aux mini formations sur la bientraitance.

Prévoir un stockage adapté, permettant la désinfection pour le stockage des radiographies  
Poursuivre la campagne de détartrage voire de changement des cuvettes des toilettes afin de combattre le risque de cas de légionellose. En cas de changement prévoir des sanitaires rehaussés qui éviteront la présence de rehausseurs peu hygiéniques.

Réécrire le projet d'animation et sensibiliser le personnel à l'animation, l'actuelle animatrice devant aller vers un rôle de coordinatrice pour une meilleure gestion de l'animation proposée aux résidents.

Réfléchir à des travaux d'aménagement du parc situé à l'arrière du bâtiment pour le rendre accessible aux personnes à mobilité réduite.

Contacteur la mairie pour mettre en place une signalétique indiquant l'accès à la résidence.

Réfléchir à la mise en place d'un poste de référente hôtelière.

Revoir l'organisation de la réserve du 1<sup>er</sup> étage soit en cloisonnant la pièce (en prévoyant les contraintes liées à la prévention et sécurité incendie) soit en achetant des armoires fermées pour stocker le linge

L'établissement pourrait réfléchir à la mise en place d'une traçabilité du médicament à chaque prise.

Repenser le stockage du local technique du 1er étage.



# **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le Département de la Dordogne**

**ET**

**La Maison de Retraite de MUSSIDAN**

## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat .....	6
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	8
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	8
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	9
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	9
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	12
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence .....	13
4.4 Engagements du Gestionnaire de l'EHPAD la Renaissance de Mussidan .....	14
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit .....	14
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ...	15
4.7 Les frais de siège.....	16
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 16	
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	17
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	18
5) Le suivi et l'évaluation du contrat .....	18
6) Le traitement des litiges .....	20
7) La révision du contrat.....	20
8) La révision du terme de la convention tripartite pluriannuelle préexistante au CPOM.....	20
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	20
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	20
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	21

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 Benoît ELLEBOODE, 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,

La Maison de Retraite de Mussidan, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Madame Sylvaine CELERIER, Directrice par Intérim.

## **Visas et références juridiques :**

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

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

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

**Vu** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

**Vu** la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**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 de Mussidan en date du 16 novembre 2021, 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 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

## **Il a été conclu ce qui suit :**

### **Préambule :**

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et la Maison de Retraite de Mussidan, 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 Maison de Retraite de Mussidan et repose notamment sur :



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

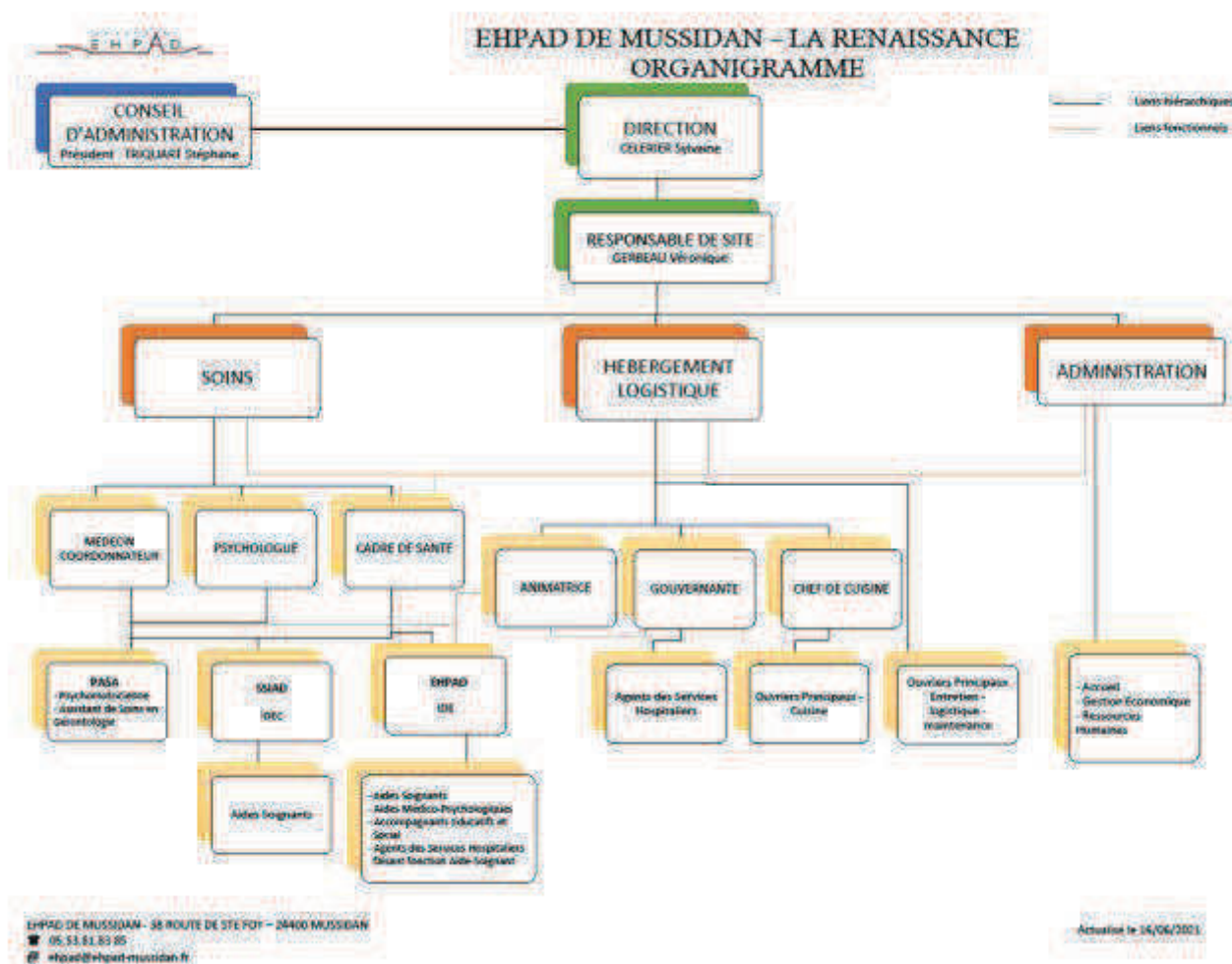
# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire

- Numéro de l'entité juridique dans le répertoire FINESS : 240000836
- Statut juridique de l'entité gestionnaire : EPAC – ESMS Communal
- Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire : Direction commune avec le CH Vauclaire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Gestion autonome du site.
- Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire :
  - o Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – 94 places d'hébergement permanent et 14 places de PASA.
  - o Service de soins infirmiers à domicile – 40 places pour personnes âgées
  - o Confection de repas pour le portage à domicile (Association ACCAD et CCAS de Mussidan)
- Organigramme de l'entité gestionnaire :



- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
  - **EHPAD – 94 places d’hébergement permanent**
  - **SSIAD – 40 places pour personnes âgées**
- [Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM](#)
- Autorisation(s) d’activité liée(s) au contrat :
  - **EHPAD : Arrêté n°SPAE-18-119 du 10 avril 2018**
  - **SSIAD : Arrêté n°071978 du 30 novembre 2007**
- 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 :

## **NEANT**

- Référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services :
  - **EHPAD – 94 places d’hébergements permanents – FINESS ET 240002204**
  - **SSIAD – 40 places pour personnes âgées – FINESS ET 240012518**
- [Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale départementale \(le cas échéant\) \(articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l’action sociale et des familles\)](#)

**L’EHPAD la Renaissance de Mussidan** est habilité à recevoir des bénéficiaires de l’aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n°SPAE-18-119 en date du 10 avril 2018 pour la totalité de ses lits d’hébergement permanent autorisés (94 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](#)

Conventions avec :

- CH de Périgueux :
  - Expérimentations gérontonumériques
  - HAD
  - Plan Bleu
  - Consultation fragilités
- CH de Bergerac :
  - HAD
  - EMASP
  - Plan bleu

- CH Vauclaire :
  - Mandataires judiciaires
  - Intervention de l'EMEPPA
  - Garde commune
  - Interventions infirmiers psychiatriques
  - (Direction commune au 1/1/2022)
- Centre Médical de BASSY : Médecin coordonnateur ; coopération inter hospitalière
- EHPAD la Madeleine Bergerac : admission des résidents en UHR
- Clique Pasteur de Bergerac : coopération pour admission en SSR et chirurgie
- EHPAD la Roche Chalais et CHIC RDD : mise à disposition psychologue
- PALLIA 24 : soins palliatifs
- ACCAD et CCAS de Mussidan : prestation de restauration collective
- Kinésithérapeutes
- AIVAP – ANACE coopération de complémentarité SAAD
- Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire « GCS de santé mentale de Dordogne » - Décision 2017-042 du 13 avril 2017

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

SANS OBJET

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

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

### **Les objectifs de l'EHPAD la Renaissance de Mussidan fixés au présent CPOM :**

- Actualiser les **outils de la loi 2002-2** (projet d'Etablissement, contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement)
- Développer la culture de la **qualité et de la gestion des risques** (définir et conduire la démarche- recruter une assistante dédiée à la qualité)
- Organiser la gestion des **dysfonctionnements et des EIGS** (procédure, charte déclarations)
- Intégrer la dimension relative à la **qualité de vie au travail** (promouvoir la QVT, réduire l'absentéisme, bénéficier d'un service de santé au travail)
- Définir une **politique RH et gestion des risques** – décliner un plan de formation quinquennal en lien avec les 2 autres EHPAD de la Direction commune (Montpon/Neuvic)

- Réaliser et maintenir à jour les **projets de vie individualisés** des résidents en équipe pluridisciplinaire
- Améliorer la prise en charge de la **dénutrition** (suivi et formation)
- Décliner la politique de bon usage du **médicament** (établir un diagnostic du circuit - sécuriser la prescription et la dispensation – réaliser la procédure)
- Développer la prévention et les **soins bucco-dentaires** (réaliser des dépistages et actions de formation)
- Pérenniser le **secteur protégé** pour les personnes âgées atteintes de MND sur le territoire (décliner un projet spécifique)
- Structurer un **SPASSAD** (SSIAD) lié par conventions avec les partenaires du domicile

#### 4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

*Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.*

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

##### 4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

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

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

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

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

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

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

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge, dont la durée est fixée par les textes, durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de

ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

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

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

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

Le forfait global soins de l'**EHPAD la Renaissance de MUSSIDAN** relève du tarif partiel sans PUI

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

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

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

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

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Au forfait global dépendance, s'ajoute une dotation forfaitaire spécifique au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), telle que votée par le Conseil départemental.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

### 4.1.3 – La tarification de l'hébergement

Le mode de calcul du tarif hébergement est fixé pour la durée du présent contrat, soit 5 ans conformément aux articles R314-179 et suivants du CASF. Ainsi, ce tarif 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 réalisées au titre des personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières. Il sera tenu compte des journées de réservations pour hospitalisation ou convenance personnelle dans ce calcul. Ces dernières seront proratisées dans le calcul de la moyenne.

Ainsi, pour l'EHPAD de MUSSIDAN, la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat et comptes directement impactés par le dernier PPI autorisé. Ceux-ci évoluent conformément au dit PPI. La dotation globalisée « initiale » est donc de **1 373 644,97 €**.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul :

	Hébergement
Groupe 1	409 829,41 €
Groupe 2	1 024 913,97 €
Groupe 3	588 205,79 €
<i>Dont dotation aux amortissements</i>	<i>307 959,00 €</i>
<i>Dont frais financiers</i>	<i>182 775,20 €</i>
Total dépenses	2 022 949,17 €
- recettes en atténuation	- 192 986,16 €
<i>Dont amortissement subvention</i>	<i>34 416,16 €</i>
- dotation aux amortissements et provisions (comptes 68)	- 307 959,00 €
- frais financiers	- 182 775,20 €
+ reprise sur amortissements et provisions (comptes 78)	+ 34 416,16 €
<b>= Dotation globalisée initiale</b>	<b>1 373 644,97 €</b>

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 comptes impactés par le PPI autorisé, soit la dotation aux amortissements, les frais financiers et l'amortissement des subventions

/ activité prévisionnelle

Le PPI arrive à terme en 2024. Si un nouveau PPI est approuvé avant la fin du CPOM, un avenant devra être adjoint au présent CPOM pour en tenir compte.

Dans le cas contraire, la dotation globalisée sera calculée sur la base reconductible 2024 augmentée et/ou diminuée des comptes impactés par le PPI en 2024, soit la dotation aux amortissements, les frais financiers et l'amortissement des subventions.

Dès lors, la formule de revalorisation sera la suivante :

**Tarif N =**

Base reductible des tarifs N-1

Augmentée du taux directeur départemental  
voté annuellement par le Conseil départemental

/ activité prévisionnelle

#### **4.1.4 – Dispositions communes aux financeurs**

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

**La Maison de Retraite de MUSSIDAN**, reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

**La Maison de Retraite de MUSSIDAN**, 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 reductible à prendre en compte, **pour les EHPAD**, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

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

## **4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM**

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

- L'Assurance Maladie, d'une part,
- Le Département, d'autre part,



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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/2021** (avant notification budgétaire 2021) 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).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 01/01/2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financements complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA, FI. COMP)</i>
240002204	EHPAD LA RENAISSANCE	1 389 362,14 €	1 230 813,10 €	PASA : 66 142,04 € FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES (Séguir CTI, Prime Grand Âge) : 92 407 €
240012518	SSIAD	501 419,95 €		
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1 890 782,09 €</b>		

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

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reductible dotations dépendance au 01/01/2021</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financements complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002204	EHPAD LA RENAISSANCE	543 065,52 €	534 065,52 €	9 000,00 €

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

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

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

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

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

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

#### **4.4 Engagements du Gestionnaire de l'EHPAD la Renaissance de Mussidan**

Le gestionnaire s'engage à :

- Atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité à un taux minimum de 95 %
- Respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

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

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la Dordogne
- L'EHPAD de Mussidan.

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

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

**Une Exception au principe :** les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 du CASF, les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (r314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

**Priorités ARS / Conseil Départemental :**

Ainsi il est convenu que les résultats et leurs affectations respectives soient réalisés au sein de chaque compte de résultat.

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

1) **A la couverture des déficits antérieurs,**  
2) **Puis à la réserve de compensation des déficits** jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) Enfin sur les volets suivants :

■ **Volet investissement :**

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

■ **Volet Qualité**

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge

■ **Volet Ressources humaines**

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM

**Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.**

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

## 4.7 Les frais de siège

SANS OBJET

## 4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Les programmes d'investissement et leurs plans de financement, ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à un an, doivent être approuvés par l'autorité de tarification en vertu des dispositions des articles L 314-7 et R. 314-20 du CASF.

Le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) approuvé le 10 Mars 2020 par courrier référencé SPAE/SB/2020/n°277 est intégré au présent contrat et joint en annexe.

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

L'EPRD, validé par la ou les autorités de tarification, comprend un PGFP définissant notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

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

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :
  - un déséquilibre financier significatif et prolongé,
  - ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Un PRE datant décembre 2018 est en vigueur dans l'Etablissement, il a été validé le 11/12/2018 par le Conseil d'Administration et transmis au Conseil départemental de la Dordogne et à l'ARS le 11 janvier 2019 après le retour du Contrôle de légalité.

# TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

---

## 5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

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

- Documents à produire :

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

❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

❖ Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

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

*A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.*

- [Les dialogues de gestion](#)

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

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

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

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

suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DE LA CONVENTION TRIPARTITE PLURIANNUELLE PREEXISTANTE AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD de Mussidan.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2022** pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

La Directrice de la Délégation  
Départementale de la Dordogne

Le Président du  
Conseil départemental  
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement  
La Directrice par intérim  
Sylvaine CELERIER



## 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 : 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 : Le PPI



E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)  
B. P. 77 – CASY - 38 Route de Sainte Foy - 24400 MUSSIDAN  
Tél. : 05.53.81.83.85 – Fax : 05.53.81.86.71  
ehpad@ehpad-mussidan.fr

# DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

## **EHPAD DE MUSSIDAN**

## Table des matières

EHPAD DE MUSSIDAN .....	1
<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
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.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS .....	8
2.2.5. Innovations en santé .....	8
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT.....</b>	<b>9</b>
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE .....	9
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) .....	9
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord .....	12
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	13
3.2.1. Activité - EHPAD Mussidan .....	13
3.2.2. Ressources humaines – EHPAD ET SSIAD de Mussidan .....	13
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier – EHPAD et SSIAD de MUSSIDAN .....	14
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD De Mussidan .....	18
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD de Mussidan.....	22
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>26</b>

## 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
240000836	EHPAD DE MUSSIDAN	PUBLIC	94	94	Non
240012518	SSIAD DE MUSSIDAN	PUBLIC	40	40	Non
TOTAL			134	134	Non

## 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 : 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 permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

#### 2.2.1. Evaluations internes et externes

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

#### Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD DE MUSSIDAN	2010	2022
SSIAD DE MUSSIDAN	28 NOVEMBRE 2013	2022

#### Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD	26 FEVRIER 2010	
SSIAD	25 NOVEMBRE 2020	

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

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS

## 2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		- CH PERIGUEUX - PAYS BERGERACOIS DE LA CLINIQUE PASTEUR
Une équipe mobile de gériatrie	X		- EMEPPA CH VAUCLAIRE - EMOG
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		- Avec l'HAD
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		- Pharmacie Bonneau à Mussidan
Un établissement de santé	X		- CLINIQUE PASTEUR BGC - SSR BASSY
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		- CHS VAUCLAIRE (IDE PSYCHIATRIE) - GCS SANTE MENTALE
Un réseau de soins palliatifs	X		- EMASP - PALLIA 24
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	Cabinets dentaires libéraux de Mussidan favorisent l'accès aux soins des résidents de l'EHPAD
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	X		UHR EHPAD DE BERGERAC
Autres :			
- Bénévoles	X		INDIV. ET COLLECTIF
- Demain faisant	X		ATELIERS ET JARDINS
- Coiffure	X		5 SALONS DIFFERENTS
- Mise à disposition psychologue	X		EHPAD LA ROCHE CHALAIS
- Mandataire judiciaire et protection des majeurs	X		CHS VAUCLAIRE
- Coopération avec les SAAD	X		ANACE ET ACCAD
- Défi performance	X		CEQCQA
- Kinés	X		2 kinés de Mussidan
- Activité physique adaptée	X		Dordogne Athlétisme
- RIMAF	X		Mutualisation d'actions de formation
- Mise à disposition d'un minibus	X		Mairie de St Médard de Mussidan
- Animation et échanges	X		Résidence autonomie de Mussidan
- Déchets	X		SMD3
- Fabrication des repas pour les services de portage	X		CCAS ET ACCAD
- Télémédecine en EHPAD	X		Les 10 EHPAD de la grappe
- Mise à disposition médecin coordonnateur	X		SSR Bassy
- Laboratoire NOVABIO	X		Mussidan
- Astreinte IDE de nuit	X		EHPAD de Montpon
- Animations communes avec la résidence autonomie	X		CCAS de Mussidan
- CASIOPEA	X		Suivi des bénéficiaires en commun avec le SSIAD

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Kiné	- Salle de kiné adaptée et bien équipée - Deux kinés libéraux interviennent 4 fois par semaine (par demi-journée) à tour de rôle	- obtenir l'intervention d'un autre kiné	Coopération de qualité bien coordonnée avec les services de soin
Médecins traitants	- 4 médecins interviennent sur l'EHPAD - Disponibles pour les IDE et les résidents - Les IDE se sentent soutenues par deux médecins notamment. - Bonne coordination grâce au diagnostic infirmier	idem	Coopération de qualité bien coordonnée avec les services de soin
Coiffeurs	- 5 coiffeurs interviennent en fonction des souhaits des résidents - 1 grand salon de coiffure bien équipé - RV pris par l'animatrice ou les familles		<b>Choix du résident respecté dans les 5 cas</b>
Pédicures podologues	- 4 pédicures interviennent à l'EHPAD - Rdv et Prescriptions gérés par l'IDE - Périodicité respectée.		Coopération de qualité bien coordonnée avec les services de soin
Praticienne de massages bien-être	- Intervention individuelle auprès des résidents pour des soins de confort		
Aumônerie	- Intervention régulière de bénévoles (office religieux une fois par mois sur place et visites aux résidents)		
CICAT	- Intervention sur des situations complexes pour la mise en place d'aides techniques		<b>SSIAD</b>
Assistantes sociales de secteur du Conseil Départemental 24	- Collaboration sur les situations individuelles notamment l'APA		<b>SSIAD</b>
La voix des aidants du verger des balans	- Aide aux aidants		<b>SSIAD</b>
Services d'aide à domicile ACCAD ANACE AIVAP	- Coordination des interventions du domicile		<b>SSIAD</b>
Direction commune avec le CH Vauclaire – EHPAD DE MONTPON ET NEUVIC	- Projet validé en CA le 30 Mars 2021		
Astreintes IDE de nuit EHPAD DE MONTPON	- Projet expérimental visant à diminuer l'hospitalisation de nuit des personnes âgées	Pérennisation du dispositif	
Télémédecine en EHPAD	Etablissement porteur de la grappe de Mussidan avec 12 autres EHPAD	Elargissement de l'accès aux spécialistes et	

	- Consultations régulières en particulier lors de la pandémie COVID-19	médecins traitants	
Partage de temps médical avec le SSR de Bassy (0,20 ETP)	Parcours de soins facilité pour les résidents Coopération favorisée entre les deux établissements notamment pour les admissions		
Partage de temps psychologue avec les EHPAD de la Roche Chalais et de Ribérac	Partage des charges financières (1 ETP – EHPAD DE MUSSIDAN) Elément facilitateur pour recruter un professionnel rare		
Portage des repas avec l'ACCAD et le CCAS	Ressource financière supplémentaire pour l'établissement Facilitateur de coopération (animations...)		
Projet de partage de la qualitiennne de Vauclaire Neuvic et Mussidan			

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
	Un agent dédié à la fonction RH en totalité	Former un deuxième agent pour obtenir une polyvalence totale	
	Cartographie des métiers	Utiliser cette cartographie pour mettre en place une GPMC	
	Lignes directrices de gestion négociées partiellement avec les IRP	Définir une politique générale RH dans le cadre des LDG	
	Plan de formation annuel	Elaborer un plan pluriannuel	
	Accompagnement de la promotion des professionnels par les études promotionnelles	Engager la réflexion lors du prochain projet d'Etablissement pour mettre les compétences en adéquation avec les objectifs stratégiques	
	Accompagnement ponctuel à la reconversion professionnelle		
		Dans le cadre de la démarche qualité engager un plan de qualité de vie au travail	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM :

EHPAD + SSIAD	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?		X	Plan annuel se déclinant souvent sur plusieurs années pour la promotion (IDE) Entretien professionnel réalisé annuellement dans lequel est abordée la formation	Construire un plan pluriannuel	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	X		Existence tableau de bord RH Cartographie des métiers réalisée	Développement plus approfondi du tableau de bord RH pour les départs à la retraite	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X		Les critères d'accès à la promotion de grade sont formalisés dans les LDG validées en CTE le 11 mai	Un dispositif relatif à la promotion professionnelle Reste à élaborer	
Adéquation du personnel aux missions ?	X		Peu d'ASH sont faisant fonction aux soins Fiches de poste actualisées	Diplômer les « faisant fonction »	

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
<b>ANNEE N :</b> 2021 EHPAD DE MUSSIDAN	3	AA : 1 O.P : 1 A.S : 1		REPLACEMENT
<b>ANNEE N + 1 :</b> 2022 EHPAD DE MUSSIDAN	2	ASH : 1 IDE : 1		REPLACEMENT
<b>ANNEE N + 2 :</b> 2023 EHPAD DE MUSSIDAN	1	ASH : 1		REPLACEMENT
<b>ANNEE N + 3 :</b> 2024 EHPAD DE MUSSIDAN	2	A.S : 2		REPLACEMENT
<b>ANNEE N + 4 :</b> 2025 EHPAD DE MUSSIDAN	4	O.P : 1 ASH : 1 A.S : 2		REPLACEMENT
<b>TOTAL</b>	12		NEANT	
Provisions déjà constituées			NEANT	
<b>RESTE FINANCIER A</b>				



#### 2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?

#### 2.2.5. Innovations en santé

- Un environnement sécurisé connecté est-il mis en place (*Ex : systèmes de détection du coucher, thérapies non-médicamenteuses pour les troubles cognitifs et comportementaux*) ? NON
- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?
- Formation à la méthode Montessori dans toute la structure ;
- Télémédecine : EHPAD DE MUSSIDAN porteur d'une grappe de 12 établissements, mise en place 2019 / 2020 ;
- Messagerie sécurisée :
  - MS SANTE (réception des résultats d'analyses biologiques directement dans le logiciel de soins)
  - PACCO TELEMEDECINE
- Tablettes numériques :
  - Sur les chariots de soins pour la traçabilité des soins et l'administration des médicaments ;
  - À disposition des résidents pour les visios avec les familles ;
  - Projet Gérontonum avec le logiciel ANISEN, en coopération avec l'EHPAD centre ressource de Périgueux
- WIFI installé dans tout l'établissement pour les besoins professionnels

## 3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENT

### 3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données.

Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

#### 3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

##### a) Données de caractérisation

###### Identification de l'ESMS

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

###### Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Oui signée le 27 Avril 2016

###### Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent /hébergement temporaire/accueil de jour*) : 94 HP + 40 places SSIAD
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 100 %
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : Non

###### Ressources humaines

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

###### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui – 21 Mai 2019
- Accès à un groupe électrogène : Oui
- Nombre de chambres individuelles : 93
- Organisation des transports accueil de jour : sans objet
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : salle de kiné, salle Snoezelen, 2 salles de bain balnéo

###### Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : Oui
- Partenariat avec un réseau de santé : Oui
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : Non
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : OUI
  - o EMASP - Bergerac
  - o EMEPPA – CH Vauclaire
  - o HAD – Bergerac
  - o Pallia 24
  - o EMOG (plus particulièrement le SSIAD) – Bergerac

##### b) Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes (axe n° 1)

### Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

- Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation en % : 1 %

### Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu : 746
- Dernier GMP validé : 746
- Dernier PMP connu : 260
- Dernier PMP validé : 260

### Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?

- Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination (hors accompagnement ou hébergement temporaire) en % en 2020 :
  - o Décès à l'EHPAD : 74.46 %
  - o Décès en hospitalisation : 10.63 %
  - o Retour à domicile : 8.52 %
  - o Transfert autre établissement : 6.39 %
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % : En 2020 1.18 %

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) :
- En 2020 : EHPAD 99.57 % SSIAD 93.95 %

### Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS

- Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en % (Nombre d'admissions dans l'année/ Nombre de lits et de places financés) : EN 2020
  - o EHPAD : 48.93 %
  - o SSIAD : 12.5 %

## **c) Ressources humaines (axe n°2)**

### Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 : 0
- Taux de prestations externes : 0,21

### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 23.3 %
- Taux d'absentéisme par motif :
  - o Maladie ordinaire : 7.71 %
  - o Maternité : 0.94 %
  - o Grossesse pathologique : 0.07 %
  - o Enfants malades : 0.10 %
  - o Congés exceptionnels : 0.03 %
  - o CLM CLD : 6.38 %
  - o Maladie professionnelle : 1.33 %
  - o Accidents du travail : 4.36 %

#### **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 : 101.56 %
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 101.55 %

##### Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 8.85 %
- Taux de vétusté des constructions : 20.20 %
- Taux d'endettement : 52.90 %
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 15.96

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

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : G1 87.91 % - G2 7.38 % - G3 4.71 %
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) : G1 12.50 % - G2 73.24 % - G3 14.26 %

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

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :  
Hébergement : 46.86 %  
Dépendance : 13.35 %  
Soins : 39.79 %
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :  
Hébergement : 46.76 %  
Dépendance : 13.47 %  
Soins : 39.77 %
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 100 %
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins : dépenses du personnel de la section soins, dispositifs médicaux, location et achat d'équipements médicaux, maintenance équipement, dotation aux amortissements.

#### **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) : pas de plan d'action pour évaluer
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : pas de plan d'action pour évaluer. Hormis le SSIAD effectuée fin 2020, les actions débutent.

##### Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS :
  - Il n'existe pas de SDSI formalisé, cependant, la maintenance est assurée par un prestataire externe (Interface).
  - Serveur remplacé récemment avec disquette changée hebdomadairement pour sécuriser le stockage des données.
  - Données du logiciel de soins en sauvegarde externe
  - Accès à la planification par Web
  - Echange dématérialisé et sécurisé avec la trésorerie + signature électronique
  - Commande DM et protections par portail sécurisé
  - Dissociation des logiciels soins – finances
  - LOGICIELS UTILISES EN EN INTERNE :
    - Soins : Netsoins
    - Résidents/RH/Comptabilité : GEPSS
    - Plannings : Planiciel

### 3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS Mussidan	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	- Existence d'un PASA	Outils de la loi 2002-2 à actualiser Projet d'Etablissement arrivé à échéance à récrire Démarche qualité et gestion des risques à animer	
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	- Interventions de professionnels de santé externes (médecins généralistes, kinés, pédicures, orthophonistes, IDE de secteur psychiatrique, EMASP, HAD, Gériatre, EMEPPA - Mise en place des projets personnalisés - Formation des soignants à la méthode Montessori - Présence d'un psychologue - Présence d'un secteur sécurisé avec un nombre insuffisant personnels dédiés ayant eu la formation ASG - Réalisation d'évaluations gériatriques standardisés en équipe pluridisciplinaire - Mise en conformité du circuit du médicament		- Pour pérenniser ce service indispensable sur son territoire, la question du niveau des effectifs reste posée.
Axe n°2 : Ressources humaines	- Agent RH disponible et accessible - Plan de formation étoffé et déployé largement - Tableaux de bord de suivi RH - DUERP réalisé	- Absentéisme à réduire - Prendre en compte l'épuisement professionnel - Développer l'accueil du nouveau professionnel - Analyser les organisations du travail	
Axe n°3 : Finances et budget	- PPI en cours de validité - Tableau de bord de suivi des dépenses - PRE - Facturation des frais de séjour à échoir	- Situation fragile financièrement (structure et trésorerie) en raison des emprunts liés à la re- construction de l'établissement - SSIAD : situation fragile en raison des coûts d'IDE libéraux	
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	- PMS réalisé et revu régulièrement - Evaluation externe du SSIAD datant de 2020 avec début des travaux engagés	- Développer les questionnaires de satisfaction - Chantier de la démarche qualité à reprendre fixer un nouveau plan PAQ et échéancier - En raison des changements de direction suivi	Prévision d'utilisation de temps partagé de qualitative avec l'EHPAD de Neuvi et le CH Vauclaire

		irrégulier des éléments de la démarche	
--	--	--	--

### 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

#### 3.2.1. Activité - EHPAD Mussidan

##### Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	SSIAD
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	34 404		14 640
Journées réalisées	33 574		13 755
Taux d'occupation	97.59 %		93.95 %

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 : 68 au 20 mai 2021

#### 3.2.2. Ressources humaines - EHPAD ET SSIAD de Mussidan

##### Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration Dont SSIAD	4.50 0.50		4.00		0.50	0	1.50
Services généraux	6.80		6.80			0	0
Animation	1.00		1.00			0	0
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	21.20		14.84	6.36			6.40
Aide-soignant- AMP-ASG Dont AS SSIAD	40.70 7.30			10.02	30.68		7
Psychologue	0.50			0.50			0
Infirmière Dont IDEC SSIAD	7.30 1.50				7.30		0
Auxiliaires médicaux	0.50				0.50		0
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.20				0.20		0.20
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>82.70</b>		<b>26.64</b>	<b>16.88</b>	<b>39.18</b>		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 4

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
AS/AMP/AES	17.34 %	0.45 %	8
ADMINISTRATION	9.70 %	0	1
ASH	23.88 %	0.33 %	8
IDE/IDEC/CADRE	52.06%	0.88 %	4
SERVICES GENERAUX	12.00 %	0.50 %	1
AUTRES	0.13 %	0	0

(Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle) :

On note que l'absentéisme de courte durée est peu présent. Seulement la moitié des accidents du travail donne lieu à un arrêt.

L'absentéisme de longue durée revêt des causes multiples :

- Personnel ancien atteint de TMS, placés en CLM et CLD
- La moyenne d'âge des personnels ASH est élevée, ils sont nombreux à être atteints de pathologies chroniques.
- 1 cadre de santé et 1 IDEC absentes de longue durée (augmentant la proportion compte-tenu du faible nombre d'agents dans la catégorie)

**3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD et SSIAD de MUSSIDAN**

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

Recettes-dépenses et résultats - Section soins - EHPAD + SSIAD

▪ **Les recettes sur la période :**

EHPAD + SSIAD Mussidan	N-1 2020				N-2 2019				N-3 2018			
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total
<b>Total Groupes de recettes</b>	<b>2 175 904</b>	<b>620 084</b>	<b>2 408 269</b>	<b>5 204 256</b>	<b>2 168 449</b>	<b>641 629</b>	<b>2 145 708</b>	<b>4 955 786</b>	<b>2 237 518</b>	<b>636 567</b>	<b>1 981 376</b>	<b>4 855 462</b>
Groupe 1	1 823 287	534 015	2 281 309	4 638 612	1 795 256	518 121	1 889 781	4 203 157	1 896 843	580 114	1 952 375	3 969 332
Groupe 2	226 999	70 270	46 305	343 574	242 857	47 710	63 981	354 549	276 183	56 453	14 408	347 044
Groupe 3	125 618	15 798	80 655	222 071	130 336	75 798	191 946	398 079	64 493	0	14 594	79 087

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :*

▪ **Les recettes d'exploitation :**

- Groupe 1 : + 16.86 % en 3 ans en lien avec les mesures COVID SEGUR – taux de remplissage constant ;
- Groupe 2 : stabilité sur les remboursements effectués par l'assurance statutaire ;
- Groupe 3 : irrégularité des produits exceptionnels et des reprises sur provisions.

▪ **Les dépenses sur la période :**

EHPAD + SIAD Mussidan	N-1 2020				N-2 2019				N-3 2018			
	Héber gemen t	Dépen dance	Soin	Total	Héber gemen t	Dépe ndan ce	Soin	Total	Hébe rgem ent	Dépe ndan ce	Soin	Total
<b>Total Groupes de dépenses</b>	<b>2 170 797</b>	<b>625 500</b>	<b>2 406 711</b>	<b>5 203 008</b>	<b>2 168 438</b>	<b>641 540</b>	<b>1 637 362</b>	<b>4 961 851</b>	<b>2 244 127</b>	<b>605 253</b>	<b>1 978 971</b>	<b>4 828 351</b>
Groupe 1	463 200	51 323	85 303	599 565	429 787	47 434	152 869	630 090	400 843	44 719	66 161	511 723
Groupe 2	1 090 348	567 506	2 244 391	3 902 245	1 149 326	589 257	1 913 176	3 651 759	1 137 607	555 479	1 725 728	3 418 814
Groupe 3	617 249	6 671	77 017	700 937	589 326	4 850	85 857	680 002	705 677	5 055	187 082	897 814

(Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :)

▪ **Les charges d'exploitation :**

- Groupe 1 : + 7.76 % sur 3 ans. Optimisation de tous les contrats - changement d'équipements et réparations en raison de la vétusté ;
- Groupe 2 : + 14.5 % en 3ans - Mesures SEGUR COVID + absentéisme ;
- Groupe 3 : les charges financières liées aux emprunts (reconstruction de l'EHPAD) sont importantes.

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS EHPAD + SSIAD MUSSIDAN		N-1 2020	N-2 2019	N-3 2018
Recettes		5 204 256.31	4 955 785.67	4 855 461.65
Dépenses		5 203 007.84	4 961 851.06	4 828 352.38
<b>Net</b>		<b>609.35</b>	- 6065.39	30 934.72
Retraitements comptables (variations congés payés, reprises...)		0	0	0
<b>Résultat à affecter</b>		<b>1 248.47</b>	- 6065.39	30 934.72
<b>AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES</b>				
N-1	EHPAD :609.65 - SSIAD : 639.12 Affectations proposées au compte de report à nouveau excédentaire dans les deux cas			
N-2	EHPAD : + 110.93 : report à nouveau excédentaire SSIAD : 6 176.32 : reprise sur la réserve de compensation des déficits			
N-3	EHPAD : 24 756.64 : report à nouveau excédentaire SSIAD : 6 178.08 : report à nouveau excédentaire			



## Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2 EHPAD + SSIAD

(Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.)

### Bilan financier 2019

Détermination du fonds de roulement au 31 décembre N

BIENS	N-1	N	FINANCEMENTS	N-1	N
<b>Biens stables</b>			<b>Financements stables</b>		
Immobilisations incorporelles brutes	33 831,65 €	43 947,22 €	Dotations, apports ou fonds associatifs	1 717 762,64 €	1 816 140,78 €
Immobilisations corporelles brutes	10 207 530,95 €	10 398 743,08 €	Excédents affectés à l'investissement	388 326,72 €	388 326,72 €
- Terrains	167 693,02 €	167 693,02 €	Subventions d'investissement	1 517 101,16 €	1 485 342,58 €
- Agencements de terrain			Réserve de compensation des charges d'amortissement		
- Constructions	9 125 923,55 €	9 316 713,49 €	Provisions pour renouvellement des immobilisations		
- Installations techniques, matériel et outillage	213 407,80 €	211 954,72 €	Provisions réglementées des plus-values nettes d'actif		
- Autres immobilisations corporelles	700 506,58 €	702 381,85 €	Emprunts et dettes financières (à plus d'un an)	4 768 044,69 €	4 570 123,29 €
Immobilisations corporelles et incorporelles en cours	190 789,94 €		Dépôts et cautionnements reçus	76 158,90 €	90 846,00 €
Immobilisations en cours - Part investissement PPP (1)			Amortissements des immobilisations corporelles	2 357 354,44 €	2 615 784,82 €
			- Agencements de terrain		
Immobilisations financières	1 059,52 €	1 115,08 €	- Constructions	1 692 163,13 €	1 881 730,69 €
Amortissements comptables excédentaires différés (2)			- Installations techniques, matériel et outillage	140 768,55 €	151 816,82 €
			- Autres immobilisations corporelles	524 422,76 €	582 237,31 €
Charges à répartir			Amortissement des immobilisations incorporelles	24 387,98 €	33 987,61 €
Autres			Dépenses refusées par l'autorité de tarification (2) (5)	-134 285,42 €	-134 285,42 €
			Dépréciation des immobilisations		
			Autres (6)		
			Compte de liaison investissement		
<b>Total II</b>	<b>10 433 212,06 €</b>	<b>10 443 805,38 €</b>	<b>Total I</b>	<b>10 714 851,11 €</b>	<b>10 866 266,38 €</b>
<b>Fonds de roulement d'investissement négatif (I-II)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement d'investissement positif (I-II)</b>	<b>281 639,05 €</b>	<b>422 461,00 €</b>
<b>Actifs stables d'exploitation</b>			<b>Financements stables d'exploitation</b>		
Report à nouveau déficitaire (3)	231 529,08 €	200 163,33 €	Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	162 255,38 €	162 255,38 €
Résultat déficitaire (3)		6 065,39 €	Réserves de compensation des déficits	3 656,55 €	3 656,55 €
Créances glissantes			Résultat excédentaire (3)	27 109,27 €	
Droits acquis par les salariés, non provisionnés (2)			Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	71 254,05 €	66 997,57 €
			Provisions pour risques et charges	185 156,88 €	66 656,88 €
			Fonds dédiés		
			Dépréciation des stocks, créances et éléments financiers		
Compte de liaison trésorerie (stable)			Compte de liaison trésorerie (stable)		
<b>Total IV</b>	<b>231 529,08 €</b>	<b>206 228,72 €</b>	<b>Total III</b>	<b>449 432,13 €</b>	<b>299 566,38 €</b>
<b>Fonds de roulement d'exploitation négatif (III-IV)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement d'exploitation positif (III-IV)</b>	<b>217 903,05 €</b>	<b>93 337,66 €</b>
<b>Fonds de roulement net global négatif</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement net global positif</b>	<b>499 542,10 €</b>	<b>515 798,66 €</b>
<b>Valeurs d'exploitation</b>			<b>Dettes d'exploitation</b>		
Stocks et en-cours			Avances reçues	430,98 €	21 163,77 €
Avances et acomptes versés			Fournisseurs	47 609,94 €	25 282,22 €
Créances sur organismes payeurs, usagers	279 521,81 €	249 418,87 €	Dettes sociales et fiscales		10 950,84 €
Créances diverses d'exploitation	33 024,00 €	50 257,67 €	Dettes diverses d'exploitation	22 686,72 €	44 634,25 €
Créances irrécouvrables admises en non valeur (4)			Produits constatés d'avance		
Charges constatées d'avance			Ressources à reverser à l'aide sociale		
Dépenses pour congés payés			Fonds déposés par les résidents		
Autres			Autres	55 193,16 €	1 396,54 €
Compte de liaison d'exploitation			Compte de liaison d'exploitation		
<b>Total VI</b>	<b>312 545,81 €</b>	<b>299 676,54 €</b>	<b>Total V</b>	<b>125 920,80 €</b>	<b>103 427,62 €</b>
<b>Besoin en fonds de roulement (VI-V)</b>	<b>186 625,01 €</b>	<b>196 248,92 €</b>	<b>Excédent de financement d'exploitation (VI-V)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Liquidités</b>			<b>Financements à court terme</b>		
Valeurs mobilières de placement			Fournisseurs d'immobilisations		
Disponibilités	312 917,09 €	317 732,44 €	Fonds des majeurs protégés		
Autres		1 817,30 €	Concours bancaires courants		
			Ligne de trésorerie		
			Intérêts courus non échus		
			Autres (dont emprunts à un an au plus)		
Compte de liaison trésorerie			Compte de liaison trésorerie		
<b>Total VIII</b>	<b>312 917,09 €</b>	<b>319 549,74 €</b>	<b>Total VII</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Trésorerie positive (VIII-VII)</b>	<b>312 917,09 €</b>	<b>319 549,74 €</b>	<b>Trésorerie négative (VIII-VII)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)</b>	<b>11 290 204,04 €</b>	<b>11 269 260,38 €</b>	<b>TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)</b>	<b>11 290 204,04 €</b>	<b>11 269 260,38 €</b>

- (1) : PPP = partenariat public privé  
 (2) : Etablissements privés seulement  
 (3) : Sous contrôle de tiers financeurs

- (4) : Etablissements publics seulement  
 (5) : Montant précédé du signe "-"  
 (6) : Dont résultats non contrôlés par des tiers financeurs

▲ Contrôle entre TOTAL BIENS et TOTAL FINANCEMENTS →

N-1	N
Ok	Ok

## Bilan financier 2020

### Bilan financier - Détermination du fonds de roulement au 31 décembre 2020

BIENS	2019	2020	FINANCEMENTS	2019	2020
<b>Biens stables</b>			<b>Financements stables</b>		
Immobilisations incorporelles brutes	43 947,22 €	43 947,22 €	Apports, dotations, réserves et fonds propres	1 816 140,78 €	1 817 017,29 €
Immobilisations corporelles brutes	10 398 743,08 €	10 462 271,35 €	Excédents affectés à l'investissement	388 326,72 €	388 326,72 €
- Terrains	167 693,02 €	167 693,02 €	Subventions d'investissement	1 485 342,58 €	1 452 281,90 €
- Agencements de terrain			Réserve de compensation des charges d'amortissement		
- Constructions	9 316 713,49 €	9 316 713,49 €	Provisions pour renouvellement des immobilisations		
- Installations techniques, matériel et outillage	211 954,72 €	274 192,99 €	Fonds dédiés à l'investissement (2)		
- Autres immobilisations corporelles	702 381,85 €	703 671,85 €	Provisions réglementées des plus-values nettes d'actif		
Immobilisations corporelles et incorporelles en cours			Emprunts et dettes assimilées (à plus d'un an à l'origine)	4 570 123,29 €	4 283 870,07 €
Immobilisations en cours - Part investissement PPP (1)			Dépôts et cautionnements reçus	90 846,00 €	93 060,90 €
			Amortissements des immobilisations corporelles	2 615 784,82 €	2 906 499,52 €
			- Agencements de terrain		
			- Constructions	1 881 730,69 €	2 119 489,08 €
			- Installations techniques, matériel et outillage	151 816,82 €	163 617,86 €
			- Autres immobilisations corporelles	582 237,31 €	623 392,58 €
Immobilisations financières	1 115,08 €	1 109,52 €	Amortissement des immobilisations incorporelles	33 987,61 €	32 327,28 €
Amortissements comptables excédentaires différés (2)			Dépenses refusées par l'autorité de tarification (2) (5)	-134 285,42 €	-134 285,42 €
Charges à répartir sur plusieurs exercices			Dépréciation des immobilisations		
Autres			Autres (6)		
Compte de liaison investissement (2)			Compte de liaison investissement (2) (7)		
<b>Total II</b>	<b>10 443 805,38 €</b>	<b>10 507 328,09 €</b>	<b>Total I</b>	<b>10 866 266,38 €</b>	<b>10 839 098,26 €</b>
<b>Fonds de roulement d'investissement négatif (I-II)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement d'investissement positif (I-II)</b>	<b>422 461,00 €</b>	<b>331 770,17 €</b>
<b>Actifs stables d'exploitation</b>			<b>Financements stables d'exploitation</b>		
Report à nouveau déficitaire (3)	200 163,33 €	200 063,14 €	Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	162 255,38 €	164 572,38 €
Résultat déficitaire (3)	6 065,39 €		Réserves de compensation des déficits	3 656,55 €	3 656,55 €
Créances glissantes			Résultat excédentaire (3)		1 248,47 €
Droits acquis par les salariés, non provisionnés (2)			Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	66 997,57 €	60 831,99 €
			Provisions pour risques et charges	66 656,88 €	66 877,71 €
			Fonds dédiés à l'exploitation (2)		
			Dépréciation des stocks, créances et éléments financiers		
			Autres		
			Compte de liaison trésorerie (stable) (2)		
<b>Total IV</b>	<b>206 228,72 €</b>	<b>200 063,14 €</b>	<b>Total III</b>	<b>299 566,38 €</b>	<b>297 187,10 €</b>
<b>Fonds de roulement d'exploitation négatif (III-IV)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement d'exploitation positif (III-IV)</b>	<b>93 337,66 €</b>	<b>97 123,96 €</b>
<b>Fonds de roulement net global négatif</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>Fonds de roulement net global positif</b>	<b>515 798,66 €</b>	<b>428 894,13 €</b>
<b>Valeurs d'exploitation</b>			<b>Dettes d'exploitation</b>		
Stocks et en-cours			Avances reçues	21 163,77 €	39 184,64 €
Avances et acomptes versés			Fournisseurs	25 282,22 €	100 678,65 €
Créances sur organismes payeurs, usagers et clients	249 418,87 €	374 348,37 €	Dettes sociales et fiscales	10 950,84 €	49 650,06 €
Créances diverses d'exploitation	50 257,67 €	71 411,63 €	Dettes diverses d'exploitation	44 634,25 €	45 663,98 €
Créances irrécouvrables admises en non valeur (4)			Produits constatés d'avance		
Charges constatées d'avance			Ressources à reverser à l'aide sociale		
Dépenses pour congés payés			Fonds déposés par les résidents		
Autres			Autres	1 396,54 €	824,46 €
Compte de liaison d'exploitation (2)			Compte de liaison d'exploitation (2)		
<b>Total VI</b>	<b>299 676,54 €</b>	<b>445 760,00 €</b>	<b>Total V</b>	<b>103 427,62 €</b>	<b>236 001,79 €</b>
<b>Besoin en fonds de roulement (VI-V)</b>	<b>196 248,92 €</b>	<b>209 758,21 €</b>	<b>Excédent de financement d'exploitation (VI-V)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Liquidités</b>			<b>Financements à court terme</b>		
Valeurs mobilières de placement			Fournisseurs d'immobilisations		
Disponibilités	317 732,44 €	219 135,92 €	Fonds des majeurs protégés		
Autres	1 817,30 €		Concours bancaires courants		
			Ligne de trésorerie		
			Intérêts courus non échus		
			Autres (dont emprunts à un an au plus)		
Compte de liaison trésorerie (2)			Compte de liaison trésorerie (2)		
<b>Total VIII</b>	<b>319 549,74 €</b>	<b>219 135,92 €</b>	<b>Total VII</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>Trésorerie positive (VIII-VII)</b>	<b>319 549,74 €</b>	<b>219 135,92 €</b>	<b>Trésorerie négative (VIII-VII)</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
<b>TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)</b>	<b>11 269 260,38 €</b>	<b>11 372 287,15 €</b>	<b>TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)</b>	<b>11 269 260,38 €</b>	<b>11 372 287,15 €</b>

- (1) : PPP = partenariat public privé  
 (2) : ESSMS privés seulement  
 (3) : Sous contrôle de tiers financeurs

- (4) : ESSMS publics seulement  
 (5) : Montant précédé du signe "-"  
 (6) : Dont résultats non contrôlés par des tiers financeurs  
 (7) : Pour les ESSMS publics, ESSMS rattachés à une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS seulement

▲ Contrôle entre TOTAL BIENS et TOTAL FINANCEMENTS →

N-1	N
Ok	Ok

### Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui

Durée : 5 ans

Période du 01/01/2020 Au 31/12/2024

Objectif du PPI: (joindre le document)

***PPI Joint détaillant la totalité du programme d'investissement, des emprunts et du plan de financement.***

### Tableau des provisions et réserves EHPAD + SSIAD :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS Mussidan	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	3 656.55
Réserve de compensation des charges d'amortissement	0
Réserve de trésorerie	144 546.24
Provisions pour risques et charges	66 877.71
Provisions pour renouvellement des immobilisations	0
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	0
Compte épargne temps	20 026.14

Commentaires :

#### Projets d'investissement

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

Un projet de sécurisation de l'Etablissement par une clôture extérieure et un portail sont à prévoir à court terme (Parc de 4.5 hectares) pour éviter les errances des résidents.

#### 3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD De Mussidan

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

EHPAD + SSIAD Mussidan	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	OUI		A actualiser EHPAD + SSIAD	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI	Affichée et annexée aux livrets d'accueil		
Contrat de séjour	OUI		A actualiser	
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI	Affichée dans l'entrée	A incorporer au livret d'accueil du SSIAD	
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Actif, réunions régulières	Elections à prévoir suite à décès	
Règlement de fonctionnement	OUI		A actualiser	
Projet d'établissement	OUI		A réécrire EHPAD + SSIAD	
<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	OUI	Formation (communications non violentes, bientraitance) Référente bientraitance	Fonder le socle du projet d'établissement sur la bientraitance... Mettre en place des groupes de régulations avec un psychologue	
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Réalisé pour tous les résidents comprend un projet de vie et projet de soins	A revoir plus régulièrement y compris pour le SSIAD	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	NON			
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur</i>	NON Signalements faits et traités		Créer les protocoles Et le groupe d'analyse des pratiques (EHPAD + SSIAD)	

<i>médicamenteuse...)</i> et de signalement de cas de maltraitance				
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	NON		Créer tableau de bord	
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI	Nombreuses formations pour tendre à l'appropriation générale des bonnes pratiques	A Améliorer en continu	
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	NON	Gestion opérationnelle très réactive	Créer protocole Et registre	
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Information et recueil effectuée en moyenne au bout d'un mois de présence. Nombreux recueils obtenus (environ 90 %)	Peu abordé dans le cadre du SSIAD	
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	2014		A réécrire	
Livret thérapeutique en place	NON	Il existe mais n'est pas utilisé par les médecins traitants	Livret à utiliser	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	En cours	Création d'une commission d'évaluation gériatrique en mai 2021		
Protocole risque de chute	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation du risque de chute effectuée à l'entrée du résident avec échelle GET UP AND GO</li> <li>- Prévention mise en place avec Activité physique adaptée</li> <li>- Très peu de contentions</li> <li>- Lits Alzheimer</li> <li>- Prévention par les aides adaptées, chaussage...</li> </ul>		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un protocole</li> <li>- Utilisation de l'échelle de Braden à l'entrée du résident et au besoin</li> <li>- Mesures préventives immédiates : matelas à air, positionnement, effleurage, décharge, protocole de pansements adaptés, alimentation.</li> </ul>		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	NON	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par le passé convention avec un dentiste libéral une fois par mois</li> <li>- Accord avec un dentiste libéral de Mussidan pour effectuer</li> </ul>	L'hygiène bucco-dentaire est à intégrer systématiquement dans le plan de soin quotidien Rechercher un nouveau professionnel pour effectuer la prévention	

		des consultations à l'EHPAD en cas de besoin, facilité de rendez-vous.		
Prise en charge de la douleur	OUI	Bonne prise en charge curative par les IDE (Algoplus, Doloplus, EVA EVS)	Evaluation préventive à systématiser par l'ensemble des soignants	
Accompagnement de la fin de vie	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement soutenu du résident et de sa famille (rencontres éthiques avec les familles).</li> <li>- Prise en charge en interne par les IDE de l'EHPAD ; pas d'hospitalisation si possible ; HAD que si nécessaire.</li> <li>Formations régulières sur le sujet</li> <li>- Matériel adapté (seringues électriques, concentrateurs O2, ...)</li> <li>- Soutien de l'EMASP</li> <li>- Protocoles médicamenteux pour les IDE, afin d'assurer une réactivité face aux symptômes aigus de la fin de vie</li> </ul>	DU soins palliatifs	
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Protocoles utilisés ; suivi régulier de la dénutrition ; formations	Temps de diététicienne ; faire davantage de manger-mains	
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention EMEPPA</li> <li>- Salle snoezelen</li> <li>- Bains thérapeutiques</li> <li>- Massages relaxants</li> <li>- Musicothérapie</li> <li>- Médiation animale</li> <li>- Méthode Montessori</li> <li>- PASA</li> <li>- Réunions pluridisciplinaires</li> <li>- Existence d'un secteur sécurisé accueillant 22 résidents en provenance de tout le territoire de proximité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avoir plus de temps et de personnel pour le généraliser Y compris la nuit</li> <li>- Sécuriser le site afin de permettre une libre déambulation (portail clôturé)</li> <li>- Obtenir les moyens nécessaires pour pérenniser le secteur sécurisé</li> </ul>	

## Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li><li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li><li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li><li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li><li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li><li>- L'informatisation du circuit du médicament</li><li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Création du livret thérapeutique</b></li><li>- <b>Logiciel de soins en interface directe avec la pharmacie</b></li><li>- <b>Vigilance du pharmacien</b></li><li>- <b>semainiers (Préparation de Doses à Administrer) effectués par la pharmacie, identification sécurisée (photo, nom, prénom...)</b></li><li>- <b>Livraison sécurisée des semainiers</b></li><li>- <b>Vérification des traitements par l'IDE</b></li><li>- <b>Aucune préparation de médicament en interne hormis les gouttes.</b></li><li>- <b>Administration par l'IDE et AS sous couvert</b></li><li>- <b>Traçabilité de l'administration immédiate sur tablette en lien direct avec le logiciel de soins</b></li><li>- <b>local de stockage sécurisé (digicode) avec un coffre-fort pour les toxiques</b></li><li>- <b>réfrigérateur dédié pour les médicaments avec fiche de suivi des températures</b></li><li>- <b>cahier de suivi des toxiques en lien avec la pharmacie</b></li><li>- <b>logiciel Netsoins - Préparation de Doses à administrer Medissimo</b></li><li>- <b>Les protocoles de déclarations d'erreurs liées au circuit du médicament sont à réaliser</b></li><li>- <b>Les analyses par la méthode du retour d'expérience sont à mettre en œuvre</b></li></ul>

### 3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD de Mussidan

Nom EHPAD : MUSSIDAN				
Date d'effet de la convention : 27 AVRIL 2016				
Date de fin de la convention : 27 AVRIL 2021				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
<p><b>Action 1 :</b> Réécrire la procédure de gestion des crises et des événements indésirables graves (utilisation des outils PRAGE)</p> <p><b>Action 2 :</b> Paramétrage et déploiement d'un logiciel pour le signalement des événements indésirables</p> <p><b>Action 3 :</b> Etablir une cartographie des événements indésirables</p> <p><b>Action 4 :</b> Rédiger le DUERP et les procédures de gestion des risques professionnels</p>	<p><b>Objectif 1 :</b> Conduire une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des événements indésirables</p>	<p>Le personnel connaît la conduite à tenir et s'y conforme</p> <p>DUERP Réalisé</p>	<p>NR</p> <p>A</p> <p>NR</p> <p>R</p>	<p>Site ARS</p> <p>Plan d'action à reprendre Les procédures sont à réaliser</p>
<p><b>Action 1 :</b> Favoriser l'appropriation du guide de la bientraitance</p> <p><b>Action 2 :</b> Poursuivre la formation des personnels / programmer une formation Humanitude</p> <p><b>Action 3 :</b> Diffusion et appropriation des RBPP relatives à la bientraitance</p> <p><b>Action 4 :</b> Mise en place de l'analyse de pratique</p>	<p><b>Objectif 2 :</b> Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance</p>	<p>Pris en compte dans les pratiques professionnelles</p>	<p>R</p> <p>R</p> <p>R</p> <p>EC</p>	<p>Formation Montessori Nombreuses formation Bientraitance</p> <p>Mis en place à compter de juin 2021</p>
<p><b>Action 1 :</b> Rédaction du projet d'animation</p> <p><b>Action 2 :</b> Mise en place de la</p>	<p><b>Objectif 3 :</b> Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur</p>		<p>R</p> <p>R</p>	<p>Rapport d'activité sur les animations annuelles</p>

<p>commission Animation</p> <p><b>Action 3 :</b> Professionnaliser l'animation</p> <p><b>Action 4 :</b> adapter l'animation à la pathologie du résident et assurer sa traçabilité (en lien avec les PVI)</p>	<p>de tous les résidents</p>		<p>R</p> <p>R</p>	<p>Réunions à transformer en commission</p> <p>L'animatrice a un diplôme de CESF + formations spécifiques activités</p> <p>Transmission sur le logiciel de soins</p>
<p><b>Action 1 :</b> Diffusion et appropriation des recommandations des bonnes pratiques professionnelles</p> <p><b>Action 2 :</b> Elaborer un plan d'action continu de la qualité (PACQ) avec un état initial, un état à atteindre selon un planning rigoureux</p> <p><b>Action 3 :</b> Evaluation de la démarche qualité</p> <p><b>Action 4 :</b> Mettre en œuvre les évaluations interne et externe</p>	<p><u>Objectif 4 :</u> Déployer une démarche d'amélioration continue de la qualité</p>		<p>EC</p> <p>NR</p> <p>EC</p> <p>R</p>	<p>Documents partagés sur le réseau informatique accessibles à tous.</p> <p>Absence de professionnel ayant un temps dédié à la qualité</p> <p>A construire</p> <p>SSIAD en 2020 EHPAD en 2010</p>
<p><b>Action 1 :</b> Mise en œuvre d'un Plan de Retour à L'équilibre</p> <p><b>Action 2 :</b> Recherche permanente de l'équilibre budgétaire sur les trois sections tarifaires au regard des ressources allouées</p> <p><b>Action 3 :</b> Construction de tableaux de bords de suivi des dépenses mensuelles et indicateurs de gestion</p>	<p><u>Objectif 5 :</u> Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et réalisation de prestation de qualité</p>		<p>R</p> <p>R</p> <p>R</p>	<p>Recherche régulière de l'équilibre budgétaire, qui est fragile, en lien avec des anciens emprunts à des taux très élevés</p> <p>Tableaux de bords réalisés</p>
<p><b>Action 1 :</b> Recrutement du personnel qualifié en accord avec les moyens accordés par la convention tripartite (médecin co, AS)</p>	<p><u>Objectif 6 :</u> Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaines</p>		<p>R</p>	<p>Médecin co recruté à 0.20 ETP Politique de recrutement des stagiaires favorise le recrutement des AS Développement de la promotion</p>



<p><b>Action 2 :</b> Mise en place d'une GPEC + plan de formation sur 5 ans</p> <p><b>Action 3 :</b> Mise en place d'une politique de prévention des risques professionnels (dans la continuité du DUERP)</p> <p><b>Action 4 :</b> Elaboration de fiches de poste pour l'ensemble du personnel</p>			<p>EC</p> <p>EC</p> <p>R</p>	<p>professionnelle pour les IDE</p> <p>Plan de formation annuel évolution vers une GPEC à 5 ans</p> <p>Actions mises en place (rails, formations, matériel de manutention...)</p> <p>Pour certaines à actualiser</p>
<p><b>Action 1 :</b> Contact avec des groupements d'achat APEF AGAP pro</p> <p><b>Action 2 :</b> Contact avec SDE 24 appel d'offre pour la fourniture du gaz</p>	<p><b>Objectif 7 :</b> S'inscrire dans une ou plusieurs démarches d'achats mutualisés, permettant de réaliser de potentielles économies d'échelle</p>		<p>R</p> <p>EC</p>	<p>AGAP pro pour la cuisine</p> <p>Fourniture électricité et gaz</p>
<p><b>Action 1 :</b> Recrutement d'un médecin coordonnateur à hauteur de l'autorisé</p> <p><b>Action 2 :</b> Mise en place des commissions de coordination gériatrique</p>	<p><b>Objectif 8</b> Garantir la pertinence du projet de soins</p>		<p>EC</p> <p>R</p>	<p>Seulement 0.20 ETP car absence de candidature</p> <p>En 2019 une commission a été réalisée</p>
<p><b>Action 1 :</b> Mise en place des projets personnalisés</p> <p><b>Action 2 :</b> Ecriture, diffusion et appropriation de la procédure sur la réalisation des projets de vie et leur réactualisation</p>	<p><b>Objectif 9 :</b> Personnaliser l'accompagnement</p>		<p>R</p> <p>NR</p>	<p>Projets actualisés en équipe pluridisciplinaire avec si possible les résidents</p> <p>Procédure non écrite mais connue de tous (logiciel de soins adapté)</p>
<p><b>Action 1 :</b> Élaboration d'une liste préférentielle de médicaments efficiente sur la base de la méthodologie diffusée par l'ARS</p> <p><b>Action 2 :</b> Réalisation de l'autodiagnostic « Interdiag », outil d'autoévaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse</p>	<p><b>Objectif 10 :</b> Mettre en place une politique de bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie</p>		<p>R</p> <p>NR</p>	<p>Peu utilisée par les médecins traitants</p>

<p><b>Action 3 :</b> Réévaluation pluri-professionnelle annuelle des résidents ayant plus de 10 médicaments sur 3 mois</p>			R	Réévaluation régulière des traitements
<p><b>Action 1 :</b> Nomination un référent « Nutrition, prévention bucco-dentaire, alimentation et activité physique »</p> <p><b>Action 2 :</b> Rédaction des procédures de dépistage, de prise en charge et de suivi</p> <p><b>Action 3 :</b> Systématiser la collation du soir</p>	<p><b>Objectif 11 :</b> Prévention de la dénutrition</p>		R  R  EC	<p>Une IDE référente nutrition</p> <p>Procédure réalisée Suivi régulier IMC Albuminémie poids Equilibre alimentaire</p> <p>Organisation à systématiser avec la cuisine</p>
<p><b>Action 1 :</b> Renforcer les animations d'activités physiques</p> <p><b>Action 2 :</b> Mettre en place un suivi informatisé des chutes et leur analyse</p>	<p><b>Objectif 12 :</b> Réduire le risque de chute et favoriser la remobilisation des personnes</p>		R  R	<p>Bilan IDE Médical à l'entrée du résident puis orientation APA/Kiné / Gym douce</p> <p>Logiciel de soins adapté Analyse effectuée par a cadre de santé et l'IDE</p>
<p><b>Action 1 :</b> Mettre en place un suivi informatisé sur des escarres et leur analyse</p> <p><b>Action 2 :</b> Réactualiser le protocole concernant la prévention des escarres</p>	<p><b>Objectif 13 :</b> Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres</p>		R  R	<p>Pratiques professionnelles pertinentes + suivi sur le logiciel de soins</p>
<p><b>Action 1 :</b> Assurer la formation des personnels au repérage des problèmes bucco-dentaires et à l'adaptation de la prise en charge (alimentation, communication...)</p> <p><b>Action 2 :</b> Assurer la réalisation de bilans odontologiques réguliers</p>	<p><b>Objectif 14 :</b> Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires</p>		R  NR	<p>Formation réalisée en 2019 (hygiène bucco-dentaire)</p> <p>Réalisés par le passé à reprendre</p>
<p><b>Action 1 :</b> Prolonger la formation des professionnels</p> <p><b>Action 2 :</b> Développer l'information et le recueil des directives anticipées</p>	<p><b>Objectif 15 :</b> Assurer l'accompagnement de la fin de vie</p>		R  R	<p>Formation régulière (annuelle)</p> <p>Réalisé pour 90 % des résidents</p>

## 4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

---

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ? SANS OBJET
- 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) ? NON
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ? NON

### AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°1 DEVELOPPER LA PREVENTION ET LES SOINS BUCCO-DENTAIRES	
<i>Référent : Médecin coordonnateur et cadre de santé</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Axe prioritaire de l'ARS Nouvelle Aquitaine</li> <li>– Répondre à la circulaire de la DGOS du 6 juin 2011 relative aux axes et action de formations nationales prioritaires</li> <li>– Difficultés à accéder aux soins dentaires en cabinet de ville en raison du manque de praticiens et de la dépendance des résidents</li> <li>– La pathologie et/ou le manque de motivation des résidents rend difficile le soin. De plus, au quotidien, le nettoyage des dents/appareils n'est pas toujours efficace par manque de collaboration de certains résidents et par manque de temps de la part des soignants.</li> <li>– La santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes comme des personnes porteuses de handicap est très souvent négligée, préoccupante et source de maux généraux plus importants.</li> <li>– Convention signée 2018 avec un chirurgien-dentiste pour des bilans bucco-dentaire et de la formation/sensibilisation des soignants. Extinction de la mesure en 2019 faute de financements.</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Renforcer les actions de prévention en santé auprès des résidents ainsi que le suivi bucco-dentaire</li> <li>– Prévenir des états infectieux et ainsi réduire la consommation médicamenteuse</li> <li>– Maintenir une vie sociale avec une image de soi non dégradée</li> <li>– Améliorer l'état nutritionnel des résidents</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réaliser un bilan bucco-dentaire initial à l'entrée par un chirurgien-dentiste conventionné</li> <li>– Former/sensibiliser les équipes aux soins relatifs à l'hygiène bucco-dentaire</li> <li>– Rédiger un plan de soins bucco-dentaire personnalisé pour chaque résident</li> <li>– Accompagner, assister les résidents à ce soin</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chirurgien-dentiste conventionné</li> <li>– MED CO – Cadre de santé – Infirmiers – AS/AMP/AES de l'EHPAD</li> <li>– Organisme de formation</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Salle pour effectuer la formation</li> <li>– Local éventuel pour les interventions du chirurgien-dentiste</li> <li>– Matériel à usage unique (set dentaire)</li> <li>– Dotation financière spécifique (AMI ?) pour les vacations d'un chirurgien-dentiste, et un aide-soignant pour accompagner la consultation.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Démarrage 1er trimestre 2022.</li> <li>– Consultation spécialisée une fois par trimestre regroupant toutes les nouvelles admissions</li> <li>– Formation à prévoir sur les plans 2022/2023</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nbre de vacations annuelles</li> <li>– Traçabilité des soins bucco-dentaires dans les dossiers résidents</li> <li>– Planning des interventions du chirurgien-dentiste et des rendez-vous en cabinet de ville</li> <li>– Planning des formations des soignants</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– % de résidents ayant bénéficié d'un bilan</li> <li>– % de résidents ayant eu des soins dentaires chez un dentiste de ville</li> <li>– Nb résidents nécessitant un suivi chez un dentiste/Nbre de résidents ayant eu des soins chez un dentiste (%)</li> <li>– % de soignants formés/sensibilisés à cette pratique</li> <li>– Dépense annuelle dédiée aux bilans bucco-dentaires dans le cadre de la convention</li> </ul>

<b>Points de vigilance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre de vacances annuelles à déterminer</li> <li>– Temps d'IDE et/ou AS/AMP/AES pour assister le chirurgien-dentiste aux bilans</li> <li>– Temps d'AS/AMP/AES passé à soutenir l'hygiène bucco-dentaire des résidents</li> <li>– Planning des formations à inscrire au plan de formation et à planifier</li> </ul>
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Visite régulière d'un chirurgien-dentiste à l'EHPAD</li> <li>– Développer la culture de la prévention de l'hygiène bucco-dentaire au sein de la structure.</li> </ul>

*Annexe du CPOM 2021/2025– EHPAD de Mussidan*

## AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°2	
Développer la culture de la qualité et de la gestion des risques	
<i>Référent : DIRECTEUR</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre opérationnelle de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale</li> <li>- Satisfaire les deux orientations stratégiques du CPOM « Prévention, qualité et sécurité des soins » et « Performance et Management de la Qualité »</li> <li>- Pas de temps formellement dédié à la Qualité et la gestion des risques liés aux soins au sein de l'établissement</li> <li>- Absence de professionnels formés à la démarche qualité au sein de l'institution (hormis la Direction)</li> <li>- Besoin d'accompagnement des professionnels à la connaissance et la mise en œuvre des bonnes pratiques</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir et conduire une démarche, une culture d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'EHPAD et du SSIAD</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulser une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques</li> <li>- Recruter et/ou rechercher l'appui de personnels qualifiés dans le domaine</li> <li>- Former/sensibiliser les professionnels en interne</li> <li>- Accompagner les bonnes pratiques des équipes</li> <li>- Mettre en place un comité de retour d'expérience pour la gestion des risques liés au soin</li> <li>- Promouvoir l'hygiène et la maîtrise du risque infectieux</li> <li>- Créer, évaluer/auditer, actualiser les protocoles et procédures</li> <li>- Sensibiliser à la démarche d'évaluation</li> <li>- Piloter le plan d'actions</li> <li>- Suivre et développer des indicateurs de qualité et de performance</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Recrutements envisagés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.20 ETP de qualicien</li> <li>- 0.40 ETP d'assistant qualité</li> <li>- Former un IDE au DU Hygiène</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle de formation</li> <li>- Personnels dédiés et formés</li> <li>- Modifier les missions des personnels administratifs à la faveur d'un départ à la retraite</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Débuter en 2021 sur toute la durée du CPOM

<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La démarche est impulsée par la Direction</li> <li>– Les professionnels spécialisés sont recrutés</li> <li>– Le CREX est créé</li> <li>– La base documentaire est créée</li> <li>– Listing des procédures, protocoles, des évaluations et des audits effectué</li> <li>– Un plan d'action est construit et déployé</li> <li>– Listing des formations Q/GDR liés aux soins réalisées (en interne/externe)</li> <li>– Promouvoir le DU Hygiène auprès des IDE</li> <li>– Participation aux formations continues gestion du risque infectieux (IDE)</li> <li>– Un bilan d'activité est effectué annuellement (protocoles, audits, évaluations, plan d'actions, évènements indésirables, formations/sensibilisations...)</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– % d'atteinte des objectifs inscrits au plan d'actions Q/GDR</li> <li>– Nbre de réunions CREX et Cellule Qualité/GDR réalisées</li> <li>– Nbre de procédures, protocoles créés, évalués et actualisés</li> <li>– Nbre de journées de sensibilisation/formation en interne (hygiène hospitalière, précautions standards/complémentaire, bonnes pratiques...)</li> <li>– Nbre et % de personnel / stagiaire / partenaires santé sensibilisés et formés en interne (bilan annuel par fonction et thèmes)</li> <li>– Nbre audits/évaluations réalisés en interne et par des services externes en lien avec l'hygiène et la maîtrise du risque infectieux</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Être réactif sur la réalisation des recrutements en lien avec les capacités budgétaires</li> <li>– Respecter le calendrier et la mise en œuvre du plan d'action dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques</li> </ul>
<p><b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La démarche qualité est le fil conducteur du projet d'Établissement</li> <li>– L'IDE assiste le Cadre de santé dans l'accompagnement et le management des soins</li> <li>– Promouvoir la connaissance et la mise en œuvre des bonnes pratiques et recommandations de la Haute Autorité de Santé</li> </ul>

## AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°3	
INTEGRER LA DIMENSION RELATIVE A LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	
Réfèrent : EHPAD – SSIAD DE MUSSIDAN - DIRECTEUR	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Absentéisme important, notamment pour des TMS</li> <li>– Épuisement professionnel moral (questionnaire RPS 2016)</li> <li>– Pyramide des âges élevée avec absence de GPECM</li> <li>– Augmentation par l'assureur des cotisations statutaires du fait de la sinistralité</li> <li>– En raison de l'absentéisme, l'organisation du travail est dégradée et la situation financière de l'Etablissement est complexe</li> <li>– L'accord ARRT de 2016 est méconnu et contesté</li> <li>– DUERP réalisé en 2016</li> <li>– Absence de salle de repos</li> <li>– Politique d'acquisition de matériel de transfert régulière</li> <li>– Plan de formation annuel conséquent en lien avec les évaluations professionnelles et les besoins de la structure</li> <li>– Professionnalisation et promotion professionnelle courantes et individualisées</li> <li>– Analyse de l'absentéisme effectuée mensuellement</li> <li>– Mise en place en septembre 2021 d'un comité éthique avec un psychologue externe pour faciliter l'analyse des pratiques et l'évocation des difficultés</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promouvoir la qualité de vie au travail</li> <li>– Réduire l'absentéisme et lutter contre les RPS</li> <li>– Définir des objectifs stratégiques institutionnels dans le cadre d'un nouveau projet d'Etablissement (politique RH et gestion des risques notamment) et décliner un plan de formation quinquennal</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Déployer un plan de prévention afin de réduire les risques professionnels dont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- la formation animateur HAPA pour un binôme de salariés volontaires,</li> <li>- l'installation de rails de transfert dans toutes les chambres</li> <li>- mise en œuvre des bonnes pratiques pour réduire les TMS</li> </ul> </li> <li>– Mettre en place une GPECM adaptée (départs, embauches et reconversions)</li> <li>– Installer un comité éthique promouvant les bonnes pratiques, animé par un psychologue extérieur</li> <li>– Veiller à concilier au mieux la vie professionnelle et personnelle au travers de la planification du travail</li> <li>– Effectuer une enquête sur la QVT</li> <li>– Actualiser le DUERP et ajuster le plan d'action</li> <li>– Effectuer les formations QVT et RPS</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur, gestionnaire des RH, cadre de santé, IDE, IDEC</li> <li>- Organismes de formation</li> <li>- CARSAT Aquitaine</li> <li>- Tous les professionnels de l'institution</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Financement des formations relatives à prévention des TMS et des risques psycho-sociaux</li> <li>– Agencement d'une salle de repos</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur la Durée du CPOM</li> <li>- Formations PRAPS et animateur HAPA 2022 et 2023</li> </ul>



<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en place de la démarche de prévention des risques professionnels</li> <li>– Comité éthique opérationnel</li> <li>– Plan de formation pluriannuel avec des actions QVT</li> <li>– animateur HAPA nommé</li> <li>– Nombre de salariés formés PRAP, PRAP2S et risques psycho-sociaux</li> <li>– Baisse du taux d'absentéisme</li> <li>– Réduction du taux de cotisation de l'assurance statutaire</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nbre de journées de formation</li> <li>– Nbre de réunions du Comité Ethique</li> <li>– % d'agents formés au PRAPS, à la QVT et aux RPS</li> <li>– % d'absentéisme par catégories</li> <li>– % satisfaction questionnaire QVT</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anticiper la politique RH</li> <li>– Réviser régulièrement le DUERP</li> <li>– Être attentif aux demandes individuelles de parcours professionnel</li> <li>– Faire preuve d'un management bienveillant</li> <li>– Veiller à l'équité de traitement lors de la réalisation des plannings tout en prenant en compte si possible les aléas de la vie personnelle</li> </ul>
<p><b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intégrer la démarche de prévention des risques professionnels au quotidien</li> <li>– « Prendre soin de soi pour prendre soin des autres »</li> </ul>

## AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Fiche Action N°4	
ORGANISER LA GESTION DES DYSFONCTIONNEMENTS ET DES EIG(S)	
<i>Référent : DIRECTEUR – MEDECIN COORDONNATEUR – CADRE DE SANTE</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Aucune procédure de déclaration et de traitement des dysfonctionnements et des EIG.</p> <p>Grande réactivité pour traiter les dysfonctionnements au quotidien</p> <p>La culture de l'oral est importante cependant celle de l'écrit est moindre</p> <p>La procédure de déclaration des EIG(S) est connue par la Direction et l'encadrement</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser le processus de gestion des dysfonctionnements et des EIG(S)</li> <li>- S'assurer de la connaissance et de la mise en place par tous des procédures, du circuit et des supports de déclaration</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un document de déclaration des dysfonctionnements</li> <li>- Réaliser une procédure complète (dysfonctionnements et EIG(S))</li> <li>- Définir un calendrier de traitement et d'analyse des dysfonctionnements</li> <li>- Définir une charte de confiance et d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables.</li> <li>- Former tout le personnel à la démarche</li> <li>- Rappeler régulièrement au personnel lors des transmissions et des réunions d'équipe l'importance de retranscrire les dysfonctionnements via les fiches de dysfonctionnement et d'alerter la Direction ou son représentant lors d'évènements indésirables graves.</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	TOUT LE PERSONNEL DE L'INSTITUTION
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de réunion</li> <li>- Documents de déclaration faciles d'accès.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	- 2022 à 2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une procédure et d'un support de déclaration</li> <li>- Nombre de réunions où le sujet est abordé</li> <li>- Compte-rendu réunions de traitement des dysfonctionnements</li> <li>- Mise en place d'un suivi et d'un retour aux équipes</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'EIG(S) déclarés par an</li> <li>- Nombre de dysfonctionnements déclarés par an</li> <li>- % d'évènements déclarés / aux retours d'expérience effectués</li> </ul>
<b>Points de vigilance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels risquent d'oublier de réaliser les fiches de dysfonctionnement</li> <li>- Manque de perception de l'intérêt d'effectuer ces fiches à bon escient</li> </ul>
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse lors des réunions d'encadrement puis retour aux équipes lors des transmissions ou réunions d'équipe</li> <li>- Pour la déclaration des EIG(S) consulter en priorité le site de la HAS (sécurité du patient – gérer les risques)</li> </ul>

### AXE3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°5 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE LA DENUTRITION	
Réfèrent : EHPAD – SSIAD DE MUSSIDAN : MEDECIN COORDONNATEUR – CADRE DE SANTE - IDEC	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un protocole ayant pour objet de déterminer les modalités d'application et d'utilisation des feuilles de surveillance alimentaire, des enrichissements alimentaires et des compléments nutritionnels oraux.</li> <li>- Absence de diététicien sur site toutefois avec le prestataire de restauration les menus sont équilibrés</li> <li>- Lors des animations nombreuses activités culinaires avec des produits frais</li> <li>- Suivi régulier des poids (mensuel) et de l'albuminémie (trimestriel) en cas de besoin</li> <li>- Enrichissement nutritionnel naturel avant d'utiliser les CNO</li> <li>- Une partie de la population accueillie à l'Ehpad présente la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (maladie neurodégénérative) entraînant des difficultés pour s'alimenter seul.</li> <li>- Le manger mains déjà initié, reste à développer. Le personnel est formé</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer le suivi régulier des étapes (repérer, prévenir, traiter) de la prise en charge de la dénutrition</li> <li>- Mettre en place les repas manger mains pour les personnes ciblées, notamment celles du secteur protégé et du PASA, de manière pérenne</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organiser l'activité IDE pour réaliser un suivi régulier de la dénutrition</li> <li>- former les nouveaux professionnels au « manger mains »</li> <li>- Définir la fréquence et l'organisation des repas manger mains</li> <li>- Sensibiliser le personnel de cuisine aux risques liés à la dénutrition</li> <li>- Revoir l'organisation en cuisine pour réaliser les recettes du manger mains</li> <li>- Présenter le projet aux résidents et aux familles/proches</li> <li>- Évaluer le suivi nutritionnel et les repas manger mains</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins traitants - Médecin coordonnateur</li> <li>- Cadre de santé – IDEC- IDE</li> <li>- PASA : psychologue, psychomotricien, ASG</li> <li>- Animatrice</li> <li>- Soignants</li> <li>- Equipe de cuisine restauration</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir une nouvelle chaise de pesée (1 seule pour 4 secteurs)</li> <li>-- Recruter 0.20 ETP de diététicien</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2ème T 2022 : recrutement diététicien</li> <li>- 3ème T 2022 : déploiement du manger mains</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocole relatif au suivi nutritionnel actualisé</li> <li>- Nombre de résidents pesés, complémentés, bénéficiant d'une surveillance de l'albumine, dénutris.</li> <li>- Nombre de résidents bénéficiant du manger mains</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle</li> <li>- % de résidents dénutris / nombre de résidents complémentés</li> </ul>

<b>Points de vigilance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réticence des cuisiniers pour le manger mains (surplus de travail)</li> <li>- Disposer de suffisamment de temps IDE et Médecin-co pour réaliser le suivi</li> </ul>
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutte contre la dénutrition adaptée aux besoins spécifiques des résidents souffrant de maladies neuro-dégénératives</li> <li>- Valorisation du résident qui redevient acteur du repas (mange seul)</li> <li>- Valorisation pour l'Ehpad qui offre un service adapté à une population cible</li> <li>- Effets positifs sur le comportement des résidents bénéficiaires</li> </ul>

### AXE 3 : PREVENTION QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Fiche Action N°6 DECLINER LA POLITIQUE DE BON USAGE DU MEDICAMENT	
Réfèrent : EHPAD – SSIAD DE MUSSIDAN – MEDECIN COORDONNATEUR – CADRE DE SANTE- IDEC	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le circuit du médicament sécurisé est mis en place</li> <li>- Une convention est signée avec une pharmacie de ville pour les PDA</li> <li>- Interopérabilité du logiciel de soins avec la pharmacie (interface et messagerie sécurisée)</li> <li>- Tous les médecins traitants prescrivent informatiquement, il subsiste des erreurs d'utilisation du logiciel Net soins.</li> <li>- Traçabilité de la dispensation par les soignants en temps réel avec des tablettes sur le logiciel de soins</li> <li>- Réfèrent identitovigilance en cours de désignation</li> <li>- Gestion des toxiques (circuit et traçabilité) sécurisée en coordination avec la pharmacie</li> <li>- Absence de formalisation du circuit du médicament</li> <li>- Pas de livret thérapeutique formalisé</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécuriser la prescription médicamenteuse</li> <li>- Adapter la thérapeutique à la personne âgée</li> <li>- Eviter les retranscriptions de traitement</li> <li>- Eviter la poly médication et la iatrogénie</li> <li>- Eviter les erreurs de dispensation</li> <li>- SSIAD : mettre en place les PDA en lien avec les IDEL et les médecins traitants</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser la procédure sur le circuit du médicament</li> <li>- Nommer un référent identitovigilance</li> <li>- Elaborer un livret thérapeutique</li> <li>- Accompagner les médecins traitants dans l'utilisation du logiciel de soins Netsoins</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins traitants</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Pharmaciens, préparateurs en pharmacie</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- IDEC – IDE</li> <li>- Tous les soignants</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place du livret thérapeutique par le médecin coordonnateur (temps d'intervention)</li> <li>- Interdiag (ANAP) outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients</li> <li>- 0.10 ETP de qualicien pour aider à la réalisation des procédures</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédure du circuit du médicament : 1<sup>er</sup> trimestre 2022</li> <li>- Interdiag : 4<sup>ème</sup> trimestre 2022</li> <li>- Livret thérapeutique : 2023</li> <li>- Sensibiliser les médecins : 2022 à 2025</li> </ul>

<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une procédure complète relative au circuit du médicament</li> <li>- Existence d'une procédure de déclaration et d'analyse des erreurs médicamenteuses</li> <li>- Existence d'un livret thérapeutique</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nbre d'erreurs de dispensation</li> <li>- Nbre d'hospitalisations dues à des erreurs de dispensation</li> </ul> <p>Objectiver le % de traitements neuroleptiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % de traitements neuroleptiques chez les patients déments N-1 / N</li> <li>- % de traitements benzodiazépines à demi-vie longue chez les résidents N-1 / N</li> <li>- % de résidents ayant eu un maximum de 5 médicament par ordonnance</li> <li>- Nombre de résidents ayant eu une mesure de la fonction rénale sur l'année N-1 / N</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identitovigilance et les erreurs de dispensation restent un point clé pour le bon usage des médicaments</li> <li>- Les médecins traitants restent libres de leurs prescriptions et des médicaments utilisés, les sensibiliser à la iatrogénie</li> <li>- Démographie médicale en déclin des médecins généralistes</li> <li>- Déficit de médecin coordonnateur</li> </ul>
<p><b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentation de l'OMEDIT sur la prescription chez les personnes âgées à disposition des médecins libéraux.</li> </ul>

**AXE 01 : PARCOURS ET COORDINATION**

FICHE ACTION N°7	
STRUCTURER UN SPASAD LIE PAR CONVENTION	
Réfèrent (personne ou institution) : SSIAD - IDEC	
<b>Constat du diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention à domicile de plusieurs entités sans coordination formalisée</li> <li>- 90% des usagers pris en charge par le SSIAD sont également accompagnés par un SAD.</li> <li>- Besoin d'améliorer la coordination entre ces 2 services et mettre en place des outils communs pour le partage d'information et le suivi de l'utilisateur</li> <li>- Notions de continuité du parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées à domicile intégrées par les soignants du SSIAD</li> <li>- IDEC très impliquée dans l'accompagnement de proximité des patients</li> <li>- L'évaluation externe du SSIAD réalisée en 2020 avec un plan d'action débuté par une équipe motivée</li> <li>- Repas du service de portage à domicile CCAS et ACCAD confectionnés par l'EHPAD</li> </ul>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la prise en charge des usagers à domicile</li> <li>- Simplifier et rendre efficient le parcours patient</li> <li>- Mettre en œuvre un guichet unique : interlocuteur unique, facilitant pour l'utilisateur</li> <li>- Améliorer la coordination entre professionnels intervenant au domicile de l'utilisateur</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser un partenariat entre les professionnels intervenants</li> <li>- Coordonner les interventions des différents intervenants</li> <li>- Elaborer des projets de soin et d'accompagnement individualisés communs</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de coordination entre l'IDEC du SSIAD et les responsables :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o CCAS de Mussidan (et résidence autonomie)</li> <li>o ACCAD (Association Communauté de Communes d'Aide à Domicile)</li> <li>o ANACE (Association Neuvicoise Animation de Coordination)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de réunion (création et fonctionnement) pour l'IDEC et les AS du SSIAD</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2024/2025</li> </ul>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Indicateurs de mise en œuvre</b></li> <li>- Le principe de guichet unique est mis en place</li> <li>- Les outils communs sont élaborés</li> <li>- Les outils communs sont utilisés par tous les intervenants</li> <li>- <b>Indicateurs de résultat (impact)</b></li> <li>- Nombre de dossiers individuels de prise en charge de l'utilisateur unique et complet</li> <li>- Nombre de réunion SSIAD/SAD</li> <li>- Pourcentage d'entretien d'évaluation des nouvelles demandes réalisé avec IDEC et référent secteur du SAD</li> <li>- File active d'usagers pris en charge dans le cadre du SPASAD</li> <li>- Pourcentage de prises en charge effectuées en binôme/ Nbre PEC totales</li> </ul>
<b>Points de vigilance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partage de compétences et de connaissances entre équipe SSIAD et CIAS, en évitant toutefois les glissements de tâches AS/Auxiliaire de vie</li> <li>- Mise en œuvre d'un guichet unique impliquant une répartition des rôles et des missions entre l'IDEC du SSIAD et les responsables de l'ACCAD et du CCAS</li> </ul>

<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Réelle cohésion d'équipe SSIAD et CIAS (collaboration rapprochée, consultations entre les services)</li><li>- Le travail en binôme peut prévenir les TMS</li><li>- Plus-value dans l'accompagnement commun du bénéficiaire dans un esprit bienveillant</li></ul>
--------------------------------------	--



**ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

<b>Années</b>	<b>Places au début du CPOM</b>	<b>Variation N</b>	<b>Variation N+1</b>	<b>Variation N+2</b>	<b>Variation N+3</b>	<b>Variation N+4</b>	<b>Places à la fin du CPOM</b>
<b>Etablissements /services</b>							
EHPAD	94						94
SSIAD	40						40
...							
Total	134						134
Poids des services au regard de l'offre global							

**ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS- EHPAD ET SSIAD DE MUSSIDAN**

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 <b>Bucco-dentaire</b>	Nbre de vacances annuelles	6/an	2	6	6	6	6	
	% résidents ayant bénéficié d'un bilan dans les 6 mois suivant l'entrée	95 % /5 ans	40 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 15 %	
	% des résidents ayant bénéficié de soins chez un dentiste de ville	80 % de ceux qui en ont besoin sur 5 ans	40 %	+ 10%	+ 10%	+ 10%	+ 10%	
	% de soignants formés/sensibilisés	100 % sur 5 ans	20 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %	
	% Soins dentaires tracés dans les dossiers des résidents	100 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Fiche action n° 2 <b>Qualité – gestion des risques</b>	% atteinte des objectifs inscrits sur le PAQ GDR	95 % sur 5 ans	40 %	+ 10 %	+ 15 %	+ 15 %	+ 15 %	
	Nbre de réunions CREX et cellule qualité	2/an	0	2	2	2	2	
	% personnel partenaires sensibilisés et formés	80% personnel partenaires / 5 ans	0	20%	+ 20%	+ 20%	+ 20%	
	Nbre de groupe échanges de pratiques/an	2/an	2	2	2	2	2	
	Nbre de procédures, protocoles créés actualisés	80 % des procédures indispensables	5	+25%	+ 20%	+ 20%	+10%	
	Nbre audits internes externes évaluation du risque infectieux	1 interne ou externe	0	0	0	1	0	
	La base documentaire est créée	100 % /3 ans	20 %	+ 40 %	+ 40%	100 %	100%	
Fiche action n° 3 <b>RH-QVT</b>	Nbre de réunions du comité éthique	2/an	1	2	2	2	2	
	Nbre de journées de formation PRAPS/RPS/QVT	2/an	0	2	2	2	2	
	Animateur HAPA formé et en poste	Dans les deux ans	0	1	0	0	0	
	Taux d'absentéisme en baisse	25 %/5ans	- 5 %	- 5 %	- 5 %	- 5 %	- 5 %	
	% retour des questionnaires QVT	40 % tous les deux ans	-	30 %	-	40 %	-	
	Nombre de salariés formés PRAP, PRAP 2S et risques psycho-sociaux	100 % Sur 5 ans	20 %	+20%	+20%	+20%	+20%	

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° 4 <b>Gestion des événements indésirables Et des dysfonctionnements</b>	Nbre de dysfonctionnements déclarés	+ 60 % en 5 ans	+ 5 %	+10%	+10%	+15%	+20%	
	Nbre d'EIGS déclarés	100 %	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	% d'évènements déclarés /retours effectués	70 %	+ 20 %	+ 10 %	+ 15%	+ 15%	+ 10 %	
	Procédure et support réalisés	1+1	1	1				
Fiche action n° 5 <b>Prévention de la Dénutrition</b>	% Résidents pesés mensuellement	100 %/5 ans	60%	70%	80%	90%	100%	
	Nbre de résidents bénéficiant du manger mains (selon plan de soins)	+100 %/5 an	50%	+ 10%	+ 10%	+ 5%	+ 15 %	
	Nbre de résidents dénutris bénéficiant de supplémentation	+100 %/5 an	60 %	70%	80%	90%	100%	
	Nbre de formation « dénutrition » réalisées	1 tous les deux ans	1	0	1	0	1	
	Protocole relatif au suivi nutritionnel actualisé	1 N+1	0	1	0	0	0	
Fiche action n° 6 <b>Bon usage du médicament</b>	Mise en place du livret thérapeutique dans les 5 ans	1 livret thérapeutique	0	0	1	0	0	Lié au recrutement d'un médecin coordonnateur
	Procédure du circuit du médicament réalisée	1 procédure	0	1	0	0	0	
	Sensibilisation des médecins	60 % sur 5 ans	+10%	+10%	+10%	+10%	+20%	
	Diagnostic INTERDIAG réalisé	1 diagnostic	0	0	1	0	0	
Fiche action n° 7 <b>Le SSIAD au sein d'un SPASAD</b>	SPASAD mis en place	1	0	0	0	1	0	
	Nbre de DIPC communs	20/an	3	7	11	15	20	
	% de PEC effectuées en binôme SSIAD SPASAD	10/an	2	4	6	8	10	

ARRETE du 10 AVR. 2018

N° SPAE – 18 – 119

actant le renouvellement d'autorisation de l'EHPAD  
de Mussidan sis BP 77 – CASY  
38 Route de Sainte Foy  
24400 MUSSIDAN

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

Le Président du Conseil départemental de la  
Dordogne

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-8 et D. 312-197 à D. 312-206 relatifs à l'évaluation, et ses articles L. 313-1 à L. 313-27 et R. 313-1 à R. 313-34 relatifs aux droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

VU le code général des collectivités territoriales et en particulier ses articles L. 3214-1 et L. 3221-9 ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, notamment son article 80 ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

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

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

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

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

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

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

**VU** les circulaires DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 et DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013, relatives aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

**VU** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2014-2019 ;

**VU** l'arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2012 modifié de la Directrice générale de l'ARS d'Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé d'Aquitaine ;

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

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

**VU** la décision du 29 janvier 2018 du Directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

**VU** l'arrêté préfectoral n° 781524 du 13 octobre 1978 portant transformation de l'hospice public de Mussidan en Maison de retraite pour une capacité totale de 64 places (12 lits maison de retraite et 52 lits en unité long séjour) ;

**VU** les arrêtés préfectoraux du 12 août 1982 et du 24 août 1984 portant la capacité de la maison de retraite de Mussidan à 82, puis 94 lits ;

**VU** l'arrêté n° 022148 de monsieur le Préfet de la Dordogne, du 18 décembre 2002 portant transformation des 94 places en lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de l'EHPAD de Mussidan

**VU** le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD de Mussidan en date du 21 avril 2010 ;

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

**CONSIDERANT** qu'en application de l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les lieux de vie autorisés à la date de la publication de la loi précitée, soit à la date du 3 janvier 2002, sont autorisés pour une période de 15 ans à compter de cette date ;

**CONSIDERANT** qu'en l'absence d'injonction de déposer une demande de renouvellement d'autorisation donnée par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-5 du code de l'action sociale et des familles, cette autorisation est réputée renouvelée par tacite reconduction ;

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

## **ARRETEMENT**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** : l'autorisation de l'EHPAD de Mussidan, géré par l'EPAC de Mussidan et enregistré comme suit au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), est renouvelée tacitement pour une durée de 15 ans à compter de sa date d'échéance, soit à compter du 3 janvier 2017.

**Entité juridique : EPAC de MUSSIDAN**  
N° FINESS : 240000836

N° SIREN : 262405780

Code statut juridique : 21 Etablissement Social et Médico-social Communal

Adresse : BP 77- Casy - 38 Route de Sainte Foy - 24400 MUSSIDAN

**Entité établissement : EHPAD de Mussidan**

N° FINESS : 240002204

Code catégorie : 500 capacité : 94

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Adresse : BP 77- Casy - 38 Route de Sainte Foy - 24400 MUSSIDAN

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour personnes âgées	11	Hébergement complet internat	711	Personnes âgées dépendantes	94
961	P.A.S.A.	21	Accueil de jour	436	Alzheimer, maladies apparentées	-

Mode de tarification : 45 ARS/PCD, Tarif partiel, habilité aide sociale sans PUI

**ARTICLE 2 :** l'EHPAD est autorisé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour ses 94 places d'hébergement permanent.

**ARTICLE 3 :** le renouvellement de l'autorisation sera subordonné aux résultats des évaluations externes. Les résultats de l'évaluation effectuée par un organisme extérieur doivent être transmis à l'autorité ayant délivré la présente autorisation dans les conditions fixées à l'article D. 312-205 du code de l'action sociale et des familles.

**ARTICLE 4 :** tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'EHPAD de Mussidan par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation doit être porté à la connaissance des autorités compétentes, en vertu de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes concernées.

**ARTICLE 5 :** le présent arrêté sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Nouvelle-Aquitaine et au recueil des actes administratifs du département de la Dordogne.

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

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

Fait à Bordeaux, le 10 AVR. 2018

La Directrice générale adjointe  
de l'Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine

Hélène JUNQUA

Le Président du Conseil départemental  
de la Dordogne



DGA DE LA SOLIDARITE  
ET DE LA PREVENTION (DGA-SP)

Périgueux, le **10 MARS 2020**

Pôle Personnes Agées  
Service Personnes Agées en Etablissement

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

Affaire suivie par : Sandra BONNET  
Tél. : 05.53.02.28.18  
Courriel : s.bonnet2@dordogne.fr

Objet : PPI – EHPAD de Mussidan  
Mes réf. : SPAE/SB/2020/n° 299

*d.A.R.*



à

Monsieur le Directeur  
EHPAD de Mussidan  
BP 77 - CASY  
38, Route de Ste Foy  
24400 MUSSIDAN

Monsieur le Directeur,

Par courriel en date du 22 août 2019, vous m'avez informé de l'existence d'écarts entre l'actif enregistré par votre trésorier et votre propre suivi au niveau de l'établissement.

Deux fiches d'immobilisations sont concernées, celle du bâtiment de l'EHPAD et celle du PASA.

La fiche d'immobilisation concernant la construction du PASA ne reprend pas le bon montant de travaux, il manque la somme de 20 503,37 €.

La fiche d'immobilisation concernant la construction de l'EHPAD est enregistrée pour un montant de 8 908 543,81 € (soit un écart de 188 138,82 € par rapport au montant total des travaux de 9 096 682,63 €), sur une durée d'amortissement de 47 ans (2008 – 2055), avec des annuités progressives entre 2008 et 2016, devenant linéaires à compter de 2017.

Cette dernière fiche n'a en fait jamais été actualisée avec les données du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) que j'ai validé en 2014. Celui-ci prévoyait le montant réel des travaux, soit 9 096 682,63 € (conformément au compte de gestion de la Trésorerie), avec un amortissement progressif de 4,1 % jusqu'en 2040.

Le dernier PPI validé date du 1<sup>er</sup> décembre 2016. Il reprenait le mode d'amortissement du bâtiment prévu au PPI de 2014.

Pour ces raisons, il a été convenu d'actualiser le PPI de l'établissement en intégrant ces nouveaux éléments.

Vous trouverez ci-après le détail des modifications apportées au dernier PPI approuvé, pour la période 2020-2024.

## 1) Situation financière initiale

Le bilan financier de l'établissement, établi sur la période 2016-2018 montre les éléments suivants :

- Un fonds de roulement d'investissement (FRI) stable, en légère hausse de 4 K€.
- Un fonds de roulement d'exploitation (FRE) en hausse de 96 k€, redevenant positif à hauteur de 66 k€ après avoir été négatif en 2016 et 2017. Cela est dû d'une part à la baisse des déficits d'exploitation, et d'autre part à la constitution de provisions sur la section soins (118 000 € pour le projet de télémédecine).
- En conséquence, le fonds de roulement net global est en augmentation de 100 k€ sur la période.
- Le besoin en fonds de roulement (BFR) s'élève à 186 K€ à fin 2018, à peu près stable sur la période. Il reste à un niveau supérieur aux normes du secteur (inférieur à 30 jours). Les créances s'élèvent en effet à 332 K€, soit près de 49 jours.
- La trésorerie de l'établissement s'élève à 313 k€ à fin 2018, soit environ 25 jours d'exploitation.

## 2) Programme d'investissement

Le programme d'investissement comprend le complément de 20 503,37 € manquant pour la construction du PASA. La durée d'amortissement de ce complément est fixée à 27 ans, selon votre proposition, pour que la dernière année d'amortissement corresponde à celle de la fiche existante.

Comme l'amortissement prévu dans le PPI de 2014 pour le bâtiment n'a pas été respecté, il existe un écart de 32 119,91 € entre l'amortissement théorique du PPI en cours et le montant réel à fin 2019. Le total amorti s'élève ainsi à 1 863 182,73 € fin 2019, ce qui donne une valeur nette comptable restant à amortir de 7 233 499,89 € (soit : 9 096 682,62 € - 1 863 182,73 €).

Ce montant est donc inscrit dans le programme d'investissement, afin de recalculer les amortissements à venir sur la même base que le PPI de 2014, à savoir un amortissement progressif de 4,1 % jusqu'en 2040. Cela permet de lisser l'écart de 32 119,91 € sur les 20 ans à venir. L'amortissement du bâtiment a, par conséquent été déduit du tableau reprenant les amortissements antérieurs.

Pour information, et afin de faciliter l'actualisation de la fiche d'immobilisation relative au bâtiment, le tableau ci-dessous reprend les nouveaux montants à amortir jusqu'en 2040 :

Année	Montant
2020	223 790,75 €
2021	232 966,17 €
2022	242 517,78 €
2023	252 461,01 €
2024	262 811,91 €
2025	273 587,20 €
2026	284 804,27 €
2027	296 481,25 €
2028	308 636,98 €



Année	Montant
2029	321 291,10 €
2030	334 464,03 €
2031	348 177,06 €
z2032	362 452,32 €
2033	377 312,86 €
2034	392 782,69 €
2035	408 886,78 €
2036	425 651,14 €
2037	443 102,83 €
2038	461 270,05 €
2039	480 182,12 €
2040	499 869,59 €
<b>Total</b>	<b>7 233 499,89 €</b>

Des investissements en renouvellement sont également inscrits sur la période 2020-2027, selon votre demande, à savoir 75 000 € en 2020, 40 000 € en 2021, puis 45 000 € jusqu'en 2027.

### **3) Emprunts**

Aucun nouvel emprunt n'est autorisé dans le cadre du présent PPI.

### **4) Plan de financement**

Le plan de financement n'intègre pas d'éléments nouveaux par rapport au dernier PPI autorisé.

La trésorerie de l'établissement reste un point à surveiller. Elle diminue jusqu'en 2024, la projection à ce jour donne moins de 13 jours d'exploitation à cette date. Elle repart à la hausse par la suite, en lien avec la fin d'un des emprunt DEXIA et de celui de la CRAMA.

Pour autant, la trésorerie actuelle ne tient pas compte de deux dons dont l'EHPAD a été récemment bénéficiaire et qui devraient a priori améliorer la situation financière de l'EHPAD.

Le premier don, légué par Madame VEYRIER, s'élève à 121 500 €, soit 56 500 € de liquidités et 65 000 € correspondant à la moitié de la maison de Madame VEYRIER.

S'agissant du deuxième don, légué par Madame PUYHARDY, la situation est plus compliquée. En effet, l'EHPAD est légataire de la moitié d'une assurance-vie, pour un total de 58 627 €. Or, la totalité de cette assurance-vie a déjà été versée à la fille de Madame PUYHARDY par la CNP. Après avoir pris avis auprès du CRIDON et de l'avocat de l'établissement, le Conseil d'administration vous a autorisé, par délibération en date du 12 décembre 2019, à ester en justice afin de solliciter le versement de cette somme auprès de la CNP.

### **5) Surcoûts d'exploitation**

Hormis la dotation aux amortissements, aucune autre charge nouvelle n'est induite par le présent PPI.

Les tarifs résultant des éléments ci-dessus sont les suivants :

Année	2020	2021	2022	2023	2024
Prix de journée	53,09 €	53,14 €	53,13 €	52,50 €	52,52 €
Evolution N/N-1	+ 0,76 %	+ 0,09 %	- 0,01 %	- 1,20 %	+ 0,04 %

Ces prix de journée ne tiennent pas compte de l'inflation sur la période, à compter de 2020.

6) Approbation du plan d'investissement

Sous réserve des remarques ci-dessus, le présent PPI est approuvé.

Par la suite, les actualisations importantes du PPI devront faire l'objet d'un dépôt distinct de votre Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), votre EPRD devant par ailleurs tenir compte des éléments du dernier PPI approuvé.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président du Conseil Départemental,  
par délégation,

Le Directeur Général Adjoint  
Chargé de la Solidarité et de la Prévention

  
Sophie L'HÔTE

# RENSEIGNEMENTS

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'établissement : **EHPAD Mussidan**  
Année de début de réalisation du projet (Année N) : **2019**

## DONNÉES BUDGÉTAIRES

Dépenses et recettes autorisées au budget 2018 Dépenses et recettes non reductibles inscrites au budget 2018

Groupe 1 2018 : **399 350,00**

Groupe 2 2018 : **992 406,00**

Groupe 3 2018 : **569 646,00**

Charges brutes en 2018 : **1 961 402,00**

Recettes en atténuation en 2018 : **187 507,76**

Résultat hébergement 2016 repris en 2018 : **-14 203,37**

Charges nettes en 2018 : **1 788 097,61**

Nombre de journées en 2018 : **34 081**

Prix de journée en 2018 : **52,47**

CNR groupe 1 :

CNR groupe 2 :

CNR groupe 3 :

Recettes non reductibles : **30 507,76**

Reprise sur provision :

Constitution de provision :

## AFFECTATION DES RÉSULTATS

### Affectation du résultat 2017

Affectation d'un excédent	Hébergement	Autres budgets
A l'investissement (compte 10682)		
En réserve de trésorerie (compte 10685)		66,93
En réserve de compensation (compte 10686)		
En réserve de compensation des charges d'amort. (compte 10687)		
En réduction des charges 2019 (compte 110)		
Au financement de mesures d'exploitation 2018		
Affectation d'un déficit	Hébergement	Autres budgets
Reprise sur réserve de compensation (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. (compte 10687)		
En augmentation des charges 2019 (compte 119)	14 203,37	
En augmentation des charges 2020 (compte 119)		
En augmentation des charges 2021 (compte 119)		

### Affectation du résultat 2018

Affectation d'un excédent	Hébergement	Autres budgets
A l'investissement (compte 10682)		
En réserve de trésorerie (compte 10685)		
En réserve de compensation (compte 10686)		
En réserve de compensation des charges d'amort. (compte 10687)		
En réduction des charges 2020 (compte 110)		
Au financement de mesures d'exploitation 2019 (compte 111)		
Affectation d'un déficit	Hébergement	Autres budgets
Reprise sur réserve de compensation (compte 10686)		
Reprise sur réserve de compensation des charges d'amort. (compte 10687)		
En augmentation des charges 2020 (compte 119)		
En augmentation des charges 2021 (compte 119)		
En augmentation des charges 2022 (compte 119)		

## BILAN FINANCIER

BIENS	2016	2017	2018	FINANCEMENTS	2016	2017	2018
<b>Biens stables</b>				<b>Financements stables</b>			
Immobilisations incorporelles nettes	8 629,70	14 098,28	9 443,67	Apports ou fonds associatifs	1 717 762,64	1 717 762,64	1 717 762,64
Immobilisations corporelles brutes				Provisions et réserves des plus values nettes	20 177,86	20 177,86	
- Terrains	167 693,02	167 693,02	167 693,02	Excédents affectés à l'investissement	368 148,86	368 148,86	388 326,72
- Constructions	9 106 238,51	9 125 923,55	9 125 923,55	Subventions d'investissements	1 577 384,68	1 547 608,92	1 517 101,16
- Installations, matériels et outillages techniques	163 886,28	173 815,86	213 407,80	Réserve de compensation des amortissements			
- Autres immobilisations corporelles	676 870,83	688 381,59	700 506,58	Provisions pour renouvellement des immos			
Immobilisations en cours	190 621,58	190 789,94	190 789,94	Emprunts - dettes financières	5 220 345,08	4 998 001,62	4 768 044,69
Immobilisations financières	1 059,52	1 059,52	1 059,52	Dépôts et cautionnements reçus	24 556,80	46 232,10	76 158,90
Charges à répartir				Amortissements des immobilisations			
Autres				- Constructions	1 282 781,12	1 487 022,93	1 692 163,13
Comptes de liaison investissement				- Installations, matériels et outillages techniques	120 766,00	129 989,48	140 768,55
<b>TOTAL II</b>	<b>10 314 999,44</b>	<b>10 361 761,76</b>	<b>10 408 824,08</b>	- Autres immos corporelles et incorporelles	412 622,20	470 362,73	524 422,76
<b>FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	Autres			17 709,14
<b>Actifs stables d'exploitation</b>				Comptes de liaison investissement			
Déficits rejetés par les autorités de tarification		115 900,73	134 285,42	<b>TOTAL I</b>	<b>10 744 545,24</b>	<b>10 785 307,12</b>	<b>10 842 457,69</b>
Résultat déficitaire	56 249,01	72 822,73		<b>FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-III)</b>	<b>429 545,80</b>	<b>423 545,36</b>	<b>433 633,61</b>
Report à nouveau déficitaire	347 413,10	278 037,38	231 529,08	<b>Financements stables d'exploitation</b>			
Droits acquis par les salariés, non provisionnés				Provisions et réserves affectées au BFR	144 546,24	144 546,24	144 546,24
Amortissements comptables excédentaires différés				Réserves de compensation :			
Autres				- des déficits	101,28	3 589,62	3 656,55
Comptes de liaison trésorerie (stable)				- des charges d'amortissement			
<b>TOTAL IV</b>	<b>403 662,11</b>	<b>466 760,84</b>	<b>365 814,50</b>	Résultat excédentaire			27 109,27
<b>FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)</b>	<b>30 378,05</b>	<b>53 200,78</b>	<b>0,00</b>	Report à nouveau excédentaire affecté à :			
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	- réduction des charges d'exploitation	185 479,66	172 267,32	71 254,05
<b>Valeurs d'exploitation</b>				- financement de mesures d'exploitation			
Stocks				Autres provisions réglementées			
Avancés et acomptes versés		14 986,84		Provisions pour risques et charges	43 156,88	93 156,88	185 156,88
Organismes payeurs, usagers	276 288,12	308 017,19	277 748,27	Fonds dédiés			
Taxes sur le chiffre d'affaires (dont crédit de TVA)				Autres			
Créances diverses d'exploitation	17 656,30	-6 780,74	8 470,69	Comptes de liaison trésorerie (stable)			
Créances irrécouvrables en non-valeur				<b>TOTAL III</b>	<b>373 284,06</b>	<b>413 560,06</b>	<b>431 722,99</b>
Charges constatées d'avance				<b>FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>65 908,49</b>
Dépenses pour congés à payer				<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF</b>	<b>399 167,75</b>	<b>370 344,58</b>	<b>499 542,10</b>
Dépenses à classer		1 484,01		<b>Dettes d'exploitation</b>			
Autres				Avances reçues	6 102,44	3 268,18	430,98
Comptes de liaison exploitation				Fournisseurs d'exploitation	49 274,08	48 554,45	47 609,94
<b>TOTAL VI</b>	<b>293 944,42</b>	<b>317 707,30</b>	<b>286 218,96</b>	Dettes sociales	412,92	-1 198,33	-3 773,89
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)</b>	<b>183 922,41</b>	<b>206 482,12</b>	<b>186 625,01</b>	Dettes fiscales			-1 773,54
<b>Liquidités</b>				Dettes diverses d'exploitation	319,48	940,01	1 907,30
Valeurs mobilières de placement				Dépréciation des stocks et des créances			
Disponibilités	216 756,02	163 861,56	312 917,09	Produits constatés d'avance			
Autres				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Comptes de liaison trésorerie				Fonds déposés par les résidents			
<b>TOTAL VIII</b>	<b>216 756,02</b>	<b>163 861,56</b>	<b>312 917,09</b>	Recettes à classer	53 913,09	59 660,87	55 193,16
<b>TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)</b>	<b>215 245,34</b>	<b>163 861,56</b>	<b>312 917,09</b>	Autres			
<b>TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)</b>	<b>11 229 361,99</b>	<b>11 310 091,46</b>	<b>11 373 774,63</b>	Comptes de liaison exploitation			
				<b>TOTAL V</b>	<b>110 022,01</b>	<b>111 225,18</b>	<b>99 593,95</b>
				<b>EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
				<b>Financements à court terme</b>			
				Fournisseurs d'immobilisations	1 510,68		
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				<b>TOTAL VII</b>	<b>1 510,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
				<b>TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
				<b>TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)</b>	<b>11 229 361,99</b>	<b>11 310 092,36</b>	<b>11 373 774,63</b>



Nature de l'opération prévue	Exercices				
	2022	2023	2024	2025	2026
	renouvellement	10 714,29	10 714,29	10 714,29	10 714,29
renouvellement	5 714,29	5 714,29	5 714,29	5 714,29	5 714,29
renouvellement		6 428,57	6 428,57	6 428,57	6 428,57
renouvellement			6 428,57	6 428,57	6 428,57
renouvellement				6 428,57	6 428,57
renouvellement					6 428,57
renouvellement					6 428,57
renouvellement					6 428,57
Complément P&A	759,38	759,38	759,38	759,38	759,38
Solde construction EIRPAD	242 317,78	232 461,01	262 811,91	273 567,20	284 804,27
<b>TOTAL</b>	<b>259 705,74</b>	<b>276 074,54</b>	<b>294 851,01</b>	<b>310 060,87</b>	<b>327 706,52</b>

## PLAN DE FINANCEMENT

VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>RESSOURCES</b>						
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)						
Réserves des plus-values nettes (établissements publics)	0	0	0	0	0	0
Subventions d'équipement	0	0				
Excédents ou réserve de trésorerie affectés à l'investissement						
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital						
<b>Emprunts prévus au plan</b>	0	0	0	0	0	0
Autres dettes financières (dont dépôts et cautionnements reçus...)						
Amortissements des actifs acquis avant le 01/01/2019	260 007	80 322	72 027	63 245	35 292	27 373
<b>Amortissements des acquisitions du plan</b>	0	224 550	244 440	259 706	276 078	292 857
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices						
Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
Augmentation des amortissements dérogatoires						
<i>Comptes de liaison investissement</i>						
<b>Total des ressources = A</b>	<b>260 007</b>	<b>304 872</b>	<b>316 467</b>	<b>322 950</b>	<b>311 369</b>	<b>320 230</b>
<b>EMPLOIS</b>						
Subventions d'équipement inscrites au compte de résultat	31 759	33 061	34 416	35 827	37 296	38 825
Remboursement des emprunts antérieurs	237 921	246 253	254 959	253 088	259 407	269 387
<b>Remboursement des emprunts prévus au plan</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Investissements prévus au plan</b>	0	75 000	40 000	45 000	45 000	45 000
Immobilisations financières - prêts, cautionnements..						
Charges à répartir sur plusieurs exercices						
Reprise sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
Diminution des amortissements dérogatoires						
<i>Comptes de liaison investissement</i>						
<b>Total des emplois = B</b>	<b>269 680</b>	<b>354 314</b>	<b>329 376</b>	<b>333 915</b>	<b>341 703</b>	<b>353 213</b>
<b>VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C</b>	<b>-9 673</b>	<b>-49 442</b>	<b>-12 909</b>	<b>-10 965</b>	<b>-30 334</b>	<b>-32 982</b>
<b>FRI INITIAL = D</b>	<b>433 634</b>	<b>423 961</b>	<b>374 519</b>	<b>361 610</b>	<b>350 645</b>	<b>320 312</b>
<b>FRI CUMULE = D + C = E</b>	<b>423 961</b>	<b>374 519</b>	<b>361 610</b>	<b>350 645</b>	<b>320 312</b>	<b>287 329</b>

## PLAN DE FINANCEMENT

VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>R E S S O U R C E S</b>						
Affectation du résultat (ou dotation) à la réserve de trésorerie	0	0				
Affectation du résultat aux réserves de compensation						
- des déficits	67	0				
- des charges d'amortissement	0	0				
Affectation du résultat au financement de mesures d'exploitation	0					
Dotations aux provisions (réglementées et pour risques et charges)						
- Budget correspondant au PPI						
- Autres budgets						
Reprise des déficits d'exploitation (hébergement)	14 203	0	0	0	0	
Reprise des déficits d'exploitation (dépendance, soins et budgets annexes)	0	0	0	0	0	
Amortissements comptables excédentaires différés						
Droits acquis par les salariés non provisionnés						
<i>Comptes de liaison Trésorerie</i>						
Total des ressources d'exploitation = F	14 270					
<b>E M P L O I S</b>						
Reprise à l'investissement des réserves de trésorerie (art. R.314-48 du CASF)						
Reprise sur la réserve de compensation						
- des déficits	0	0				
- des charges d'amortissement	0	0				
Reprise sur financement des mesures d'exploitation						
Reprise sur provisions hébergement (réglementées et pour risques et charges)						
- Budget correspondant au PPI						
- Autres budgets						
Reprise des excédents d'exploitation (hébergement)	0	0				
Reprise des excédents d'exploitation (autres budgets)	0	0				
Affectation de l'excédent (investissement, réserve de compensation ou de trésorerie)	67	0				
Reprise sur fonds dédiés						
Amortissements comptables excédentaires différés						
Droits acquis par les salariés non provisionnés						
<i>Comptes de liaison Trésorerie</i>						
Total des emplois d'exploitation = G	67					
<b>VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H</b>						
	14 203					
<b>FRE INITIAL = I</b>	65 908	80 112	80 112	80 112	80 112	80 112
<b>FRE CUMULE = I + H = J</b>	80 112	80 112	80 112	80 112	80 112	80 112
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)</b>						
	504 073	454 631	441 722	430 757	400 423	367 441



## PLAN DE FINANCEMENT

VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>AUGMENTATIONS</b>						
Stocks : rotation plus lente						
Stocks : effet volume et/ou prix						
Créances : allongement des délais de paiement						
Créances : effet volume et/ou prix						
Dettes : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de règlement						
Reprise sur provisions pour dépréciation des actifs circulants						
<i>Comptes de liaison (cycle d'exploitation)</i>						
Total des augmentations du BFR = K						
<b>DIMINUTIONS</b>						
Réduction des stocks						
Créances : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de paiement						
Dettes : allongement des délais de règlement						
Dettes : effet volume et /ou prix						
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants						
<i>Comptes de liaison (cycle d'exploitation)</i>						
Total des diminutions du BFR = L						
<b>VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M</b>						
BFR INITIAL = N	186 625	186 625	186 625	186 625	186 625	186 625
BFR CUMULE = N + M = O	186 625	186 625	186 625	186 625	186 625	186 625
<b>VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P</b>						
TRESORERIE INITIALE	4 530	-49 442	-12 909	-10 965	-30 334	-32 982
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE (estimations des montants à ajouter en fin d'année)	312 917	317 447	268 006	255 097	244 132	213 798
	317 447	268 006	255 097	244 132	213 798	180 816
<b>LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE</b>						
Dettes fournisseurs d'immobilisations						
Autres postes ( fonds des majeurs protégés,...)						
<b>TRESORERIE MINIMALE SOUHAITEE</b>						
Nombre de jours de trésorerie souhaités	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours
Soit les liquidités minimales suivantes	377 000	378 000	378 000	378 000	376 000	376 000
Ecart par rapport aux liquidités prévisionnelles en fin de période	59 553	109 994	122 903	133 868	162 202	195 184

## SUBVENTIONS

Organisme délivrant la subvention	Année de versement	Montant	Amortissement				Date de début		
			OUI / NON	Section	Durée (en années)	Mode		360 ou 365 jours	Taux
FDESS		1 605 536,68	OUI	H	30	P	360	4,10%	01/01/2016
<b>TOTAL DES SUBVENTIONS</b>		<b>1 605 536,68</b>							

## AMORTISSEMENTS

	Exercices					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	31 758,58	33 060,68	34 416,16	35 827,23	37 296,14	38 825,29
<b>TOTAL DES SUBVENTIONS</b>	<b>31 758,58</b>	<b>33 060,68</b>	<b>34 416,16</b>	<b>35 827,23</b>	<b>37 296,14</b>	<b>38 825,29</b>

**SUBVENTIONS**

**AMORTISSEMENTS**

Organisme dérivant la subvention	Année de versement	Montant	Exercices									
			2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	
FDDESS		1 605 536,66	40 417,12	42 074,22	43 799,27	45 595,04	47 464,43	49 410,48	51 436,31	53 545,19	55 740,55	
<b>TOTAL DES SUBVENTIONS</b>		<b>1 605 536,66</b>	<b>40 417,12</b>	<b>42 074,22</b>	<b>43 799,27</b>	<b>45 595,04</b>	<b>47 464,43</b>	<b>49 410,48</b>	<b>51 436,31</b>	<b>53 545,19</b>	<b>55 740,55</b>	

## Amortissements sur opérations antérieures au plan

Exercice	Hébergement	Autres
2019	260 007,01	
2020	71 814,33	8 507,86
2021	63 519,22	8 507,86
2022	58 856,99	4 387,58
2023	31 891,81	3 399,99
2024	27 373,38	
2025	26 559,74	
2026	23 056,84	
2027	20 077,81	
2028	18 109,26	
2029	18 036,71	
2030	17 502,59	
2031	17 502,59	
2032	17 502,59	
2033	17 502,59	

### TABLEAU DES EMPRUNTS AUTORISES ET CONTRACTES

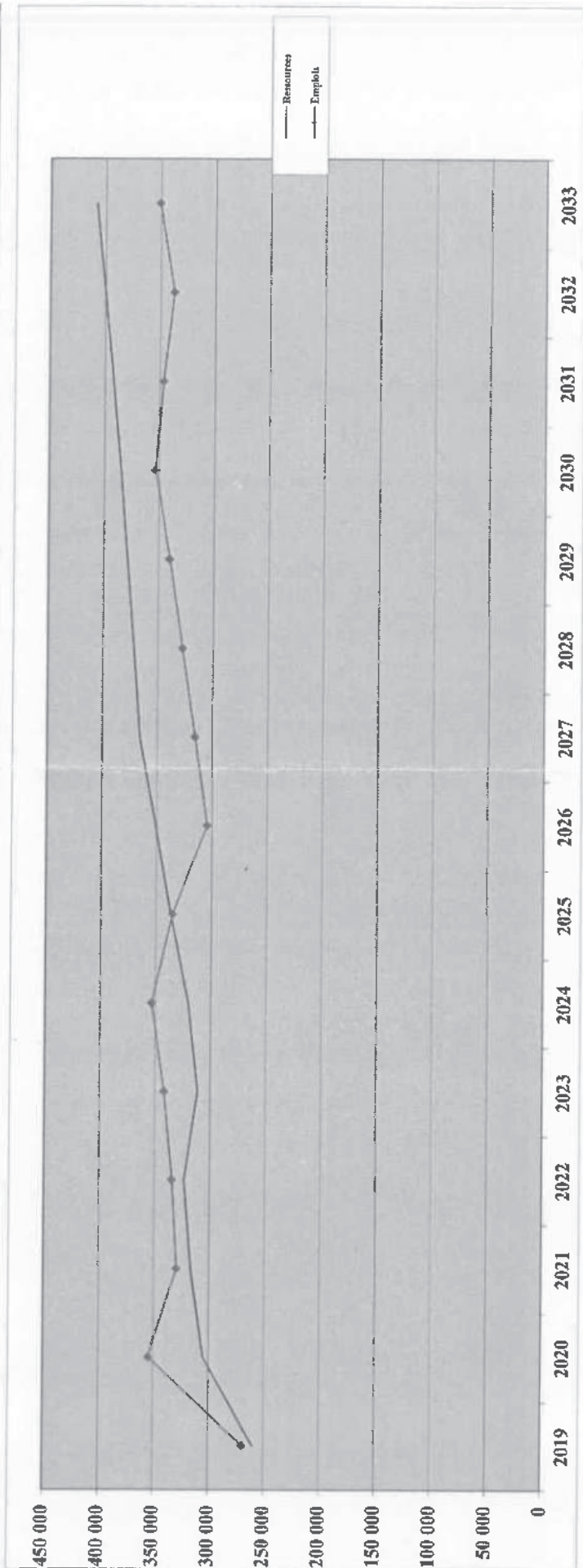
Organisme prêteur	Section	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Remboursements 2019		Remboursements 2020		Remboursements 2021		Remboursements 2022		Remboursements 2023	
						Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts	Capital	Intérêts
N° 20 - DEXIA	H		25	4,24%	300 000,00	11 965,13	7 728,68	12 472,45	7 221,36	13 001,28	6 692,53	13 552,53	6 141,28	14 127,16	5 566,65
N° 21 - CRAMA	H		20	0,00%	830 629,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00	41 531,00
N° 22 - DEXIA	H		25	4,24%	340 000,00	13 008,86	9 310,77	13 560,44	8 759,19	14 125,40	8 184,23	14 734,74	7 584,59	15 359,49	6 960,13
N° 23 - DEXIA	H		30	4,36%	750 000,00	21 007,35	24 280,81	21 923,27	23 364,89	22 879,12	22 409,04	23 876,65	21 411,51	24 917,67	20 370,49
N° 24 - CRAMA	H		15	0,00%	48 323,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00	3 221,00
N° 25 - DEXIA	H		30	4,28%	2 300 000,00	61 965,61	76 627,21	64 630,13	73 938,24	67 409,23	71 328,54	70 307,83	68 208,47	73 331,07	65 157,50
N° 26 - DEXIA	H		30	4,70%	2 000 000,00	52 517,78	73 170,07	54 986,12	70 701,74	57 570,47	68 117,39	60 276,28	65 411,58	63 109,27	62 578,59
N° 27 - CANYAVA	H	4.2007Différé de 3	12	0,00%	132 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00	11 000,00
N° 28 - DEXIA	H	01.01.2010	15	5,64%	300 000,00	21 704,67	8 579,25	22 928,81	7 338,10	24 221,99	6 043,47	25 588,11	4 641,86	27 031,28	3 178,65
<b>TOTAL</b>					<b>7 000 952,00</b>	<b>237 921,40</b>	<b>199 696,79</b>	<b>246 253,22</b>	<b>191 323,52</b>	<b>254 959,49</b>	<b>182 775,20</b>	<b>253 088,14</b>	<b>173 399,29</b>	<b>259 406,94</b>	<b>163 812,01</b>

## TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III</b>						
Amortissements de l'exercice précédent la première année du plan	266 595	266 595	266 595	266 595	266 595	266 595
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1 <sup>ère</sup> année du plan	260 007	71 814	63 519	58 857	31 892	27 373
Amortissements des nouveaux investissements		224 350	244 440	259 706	276 078	292 857
Amortissements des charges à répartir						
Correction BP 2019	262					
<b>Surcoûts liés aux amortissements = A - (c)</b>						
266 595	266 595	266 595	266 595	266 595	266 595	266 595
<b>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</b>						
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1 <sup>ère</sup> année du plan	207 701	207 701	207 701	207 701	207 701	207 701
Frais financiers sur emprunts nouveaux	199 697	191 324	182 775	173 399	163 812	153 781
Correction BP 2019	0					
<b>Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)</b>						
-8 004	-16 377	-24 926	-34 302	-43 889	-53 920	
<b>Surcoûts ou économies sur le GROUPE I</b>						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
<b>Charges afférentes à l'exploitation courante</b>						
Ecart entre le BP 2019 et le BP 2018						
4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
<b>Total des surcoûts ou économies sur le GROUPE I</b>						
4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000
<b>Surcoûts ou économies sur le GROUPE II</b>						
<b>Charges afférentes au personnel</b>						
Ecart entre le BP 2019 et le BP 2018	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Diminution des crédits suite révision de l'activité (seulement HP)						
<b>Total des surcoûts ou économies sur le GROUPE II</b>						
15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
<b>Total des surcoûts ou économies sur le GROUPE III</b>						
15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
<b>Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)</b>						
Ecart entre le BP 2019 et le BP 2018	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Constitution de provision	0	0	0	0	0	0
Concédit sur la dotation aux amortissements par rapport au budget notifié						
<b>Total des surcoûts ou économies sur le GROUPE III</b>						
2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
<b>TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES</b>						
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédente la première année du plan	7 170	34 892	37 938	39 166	18 985	21 216
<b>Variations des recettes en atténuation</b>						
2019	2020	2021	2022	2023	2024	
31 759	33 061	34 416	35 827	37 296	38 825	38 825
Reprise sur provision	0	0	0	0	0	0
Ecart entre le BP 2019 et le BP 2018						
fin de la refaçon DAP et FF						
<b>Total des recettes en atténuation</b>						
31 759	33 061	34 416	35 827	37 296	38 825	38 825
<b>Neutralisation des charges et produits non reconductibles du budget 2018</b>						
30 508	30 508	30 508	30 508	30 508	30 508	30 508
<b>Variations du résultat</b>						
14 203	14 203	14 203	14 203	14 203	14 203	14 203
<b>Incidence sur le prix de journée</b>						
Nombre de journées (34 081 journées en 2018)	34 052	34 024	34 024	34 024	34 024	34 024
Prix de journée en € (52 47 € en 2018)	52,68	53,09	53,14	53,13	52,50	52,52
Evolution du prix de journée en € (par rapport à la première année du plan)	+ 0,42%	+ 1,18%	+ 1,28%	+ 1,27%	+ 0,06%	+ 0,09%
Evolution du prix de journée en % (d'année en année)	+ 0,42%	+ 0,76%	+ 0,49%	- 0,01%	- 1,20%	+ 0,04%

## Equilibre de la Section d'Investissement sur 15 ans

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Amortissements antérieurs	260 007	80 322	72 027	63 245	35 292	27 373	26 560	23 057	20 078	18 109	18 037	17 503	17 503	17 503	17 503
Amortissements nouveaux	0	224 550	244 440	259 706	276 078	292 857	310 061	327 707	345 812	353 682	360 622	367 366	374 651	382 497	390 599
<b>Ressources</b>	<b>260 007</b>	<b>304 872</b>	<b>316 467</b>	<b>322 950</b>	<b>311 369</b>	<b>320 230</b>	<b>336 621</b>	<b>350 763</b>	<b>365 890</b>	<b>371 791</b>	<b>378 659</b>	<b>384 869</b>	<b>392 153</b>	<b>400 000</b>	<b>408 432</b>
Capital des emprunts	237 921	246 253	254 959	253 088	259 407	269 387	279 663	217 356	226 989	237 049	247 557	258 530	250 299	239 114	249 800
Amortissement subvention	31 759	33 061	34 416	35 827	37 296	38 825	40 417	42 074	43 799	45 595	47 464	49 410	51 436	53 545	55 711
	75 000	75 000	40 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000
<b>Emplois</b>	<b>269 680</b>	<b>354 314</b>	<b>329 376</b>	<b>333 915</b>	<b>341 703</b>	<b>353 213</b>	<b>335 080</b>	<b>304 430</b>	<b>315 788</b>	<b>327 644</b>	<b>340 021</b>	<b>352 941</b>	<b>346 735</b>	<b>337 660</b>	<b>350 540</b>
<b>Différence</b>	<b>-9 673</b>	<b>-49 442</b>	<b>-12 909</b>	<b>-10 965</b>	<b>-30 334</b>	<b>-32 982</b>	<b>1 540</b>	<b>46 334</b>	<b>50 102</b>	<b>44 147</b>	<b>38 638</b>	<b>31 928</b>	<b>45 418</b>	<b>62 340</b>	<b>57 892</b>





# **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le Département de la Dordogne**

**ET**

**La SCIC « Les Sinoplies »**



## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat .....	6
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	7
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	7
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	7
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	7
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	9
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence .....	10
4.4 - Engagements de la SCIC Les Sinoplies.....	11
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit .....	12
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ....	12
4.7 Les frais de siège.....	13
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 13	
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	14
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	15
5) Le suivi et l'évaluation du contrat .....	15
6) Le traitement des litiges.....	17
7) La révision du contrat.....	17
8) La révision du terme de la convention tripartite pluriannuelle préexistante au CPOM .....	17
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	17
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	17
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	18

Entre,

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

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 Benoît ELLEBOODE, Directeur Général, dénommée ci-après Agence Régionale de Santé ;

Et enfin,

La SCIC « Les Sinoplies » représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit M. Pierre-Yves GUIAVARCH – Directeur Général.

## **Visas et références juridiques :**

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

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

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

**Vu** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

**Vu** la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**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 19/12/2017, approuvant la démarche contractuelle ;

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

**VU** la décision du 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

## **Il a été conclu ce qui suit :**

### **Préambule :**

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et la SCIC Les Sinoplies 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 la SCIC Les Sinoplies et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de(s) établissement(s) et/ou de(s) services précités ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;

- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement ;
- la mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

---

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
  - Numéro de l'entité juridique (La SCIC Les Sinoplies) dans le répertoire FINESS : 690033899
  - Statut juridique de l'entité gestionnaire : SCIC Les Sinoplies
  - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : Hébergement pour Personnes Agées
  - Organigramme de l'entité gestionnaire : cf. annexe n° 7
  - Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : l'EHPAD « La Chêneraie »
  - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : l'EHPAD « La Chêneraie »
  
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
  - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : Arrêté n° SPAE-18-140 du 22 août 2018
  - Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM : Néant
  - Référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services : 240008789
  
- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

L'EHPAD LA CHENERAIE est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n° SPAE-18-140 du 22 août 2018 pour 30 lits d'hébergement permanent.

A ce titre, la convention d'aide sociale prévue à l'article L. 313-8-1 (ou L. 342-3-1 selon le cas) du code de l'action sociale et des familles est jointe en annexe 5 au présent contrat.

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

Le gestionnaire est signataire de plusieurs CPOM.

Il est décidé de conserver les CPOM distincts.

## **3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE**

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

## **4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM**

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

### **4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM**

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

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

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

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits *sur les soins et la dépendance* en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places

d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

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

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

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge, dont la durée est fixée par les textes, durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

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

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

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

Le forfait global soins de La CHENERAIE relève du tarif partiel, sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

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

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

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

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le

Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Au forfait global dépendance, s'ajoute une dotation forfaitaire spécifique au titre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), telle que votée par le Conseil départemental.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

#### **4.1.3 – dispositions communes aux financeurs**

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

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

L'EHPAD La Chêneraie peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 procéder librement au cours de l'exercice à :

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

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

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

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

## **4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM**

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

- l'Assurance Maladie, d'une part,



- le Département, d'autre part,

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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/2021** (avant notification budgétaire 2021, en cours) 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).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 01/01/2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA, FI. COMP)</i>
24 000 8789	La Chêneraie	939 107,15 €	836 091,05 €	PASA : 66 661,12 € FI. COMP (SEGUR CTI) : 36 354,98 €
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>939 107,15 €</b>	<b>836 091,05 €</b>	<b>103 016,10 €</b>

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

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2021</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
24 000 8789	La Cheneraie	374 081,86 € TTC	365 081,86 € TTC	9 000,00 € 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.

#### **4.4.. - Engagements de la SCIC Les Sinoplies**

Le gestionnaire s'engage à

- atteindre ou maintenir un taux d'occupation des places financées : un taux minimum de 95 %
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

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

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la Dordogne
- L'EHPAD « La Chêneraie ».

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

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

**Une Exception au principe :** les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 du CASF, les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (r314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

### **Priorités ARS / Conseil Départemental**

Ainsi il est convenu une fongibilité partielle des résultats et de leurs affectations.

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) Enfin sur les volets suivants :

■ Volet investissement :

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

■ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex *secteur PH* : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -.Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, formation..)

■ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

## **4.7 Les frais de siège**

Sans objet

## **4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)**

Sans objet

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :

- un déséquilibre financier significatif et prolongé,
- ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

# TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

---

## 5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

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

- Documents à produire :

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

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

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

- ❖ Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF
- Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM.

Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

- ❖ Le gestionnaire transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

- [Les dialogues de gestion](#)

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

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

- [Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :](#)

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

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

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DE LA CONVENTION TRIPARTITE PLURIANNUELLE PREEXISTANTE AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD concerné par le CPOM.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1<sup>o</sup> 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

Le Président du  
Conseil départemental  
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

Pierre-Yves Guiavarch  
Directeur Général



# TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

---

## ➤ LISTE DES ANNEXES

- 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 – Convention d'aide sociale
- ANNEXE 6 : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM
- ANNEXE 7 : l'organigramme



# DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

**ACPPA**

**LA CHENERAIE**

## Table des matières

ACPPA.....	1
LA CHENERAIE.....	1
<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
2.1.2. Situation financière du gestionnaire .....	4
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM .....	4
2.2.1. Evaluations internes et externes.....	4
2.2.2. Coopérations et conventions.....	5
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS .....	9
2.2.5. Innovations en santé .....	10
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>10</b>
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE .....	10
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) .....	11
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord .....	14
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	14
3.2.1. Activité - EHPAD La Cheneraie .....	14
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD La CHENERAIE.....	15
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD la CHENERAIE .....	17
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD La Chêneraie .....	20
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD LA CHENERAIE .....	23
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>26</b>

## 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
240008789	EHPAD La Chêneraie	PRIVE	63	63	
TOTAL					

## 2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

---

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

### 2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

#### 2.1.1. Mutualisation

*Existence d'un siège du gestionnaire : Oui*

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège : Non

Préciser notamment :

- Date d'autorisation :
- Date de renouvellement :
- Durée :
- Qui est l'autorité de tarification compétente :
- Modalités de fixation des frais de siège (*à chiffrer*) :
- Activités financées dans le cadre de l'autorisation :
- Nombre d'ESMS concernés par les frais de siège :

*Personnel financé par les frais de siège au CA n-1*

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
TOTAL			

## 2.1.2. Situation financière du gestionnaire

### Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			
Dépenses			
<b>Net</b>			
Retraitements comptables ( <i>variation des congés payés, reprises...</i> )			
<b>RESULTAT A AFFECTER</b>			

### Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

## 2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

### 2.2.1. Evaluations internes et externes

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

#### **Evaluation interne**

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
EHPAD LA CHENERAIE	24/09/2012 et 1er semestre 2019	

#### **Evaluation externe**

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
EHPAD LA CHENERAIE	07/02/ 2014	En attente des décisions

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

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS

## 2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	OUI		Signée cas par cas
Une équipe mobile de gériatrie		NON	
Une équipe mobile de soins palliatifs	OUI		HAD
Une ou plusieurs officines de pharmacie	OUI		1 seule pharmacie
Un établissement de santé		NON	
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale		NON	SECTEUR
Un réseau de soins palliatifs		NON	HAD
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		NON	HAD
Un cabinet dentaire		NON	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		NON	
Autres : EHPAD RESSOURCE/ VIA TRAJECTOIRE/PTA		NON les 3	On travaille ensemble sans convention

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
IDE DE NUIT	Coopération inter établissements et CHP	PAS DE POSTE POURVU	A déployer pour renforcer les moyens et les forces.
DMH	Convention signée, expérimentation encours		Un lien intéressant entre les procédures groupe et les procédures CHP

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

### 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
<p>ACCORDS D'ENTREPRISE</p>	<p>CSE CENTRAL ET CSE ETABLISSEMENT</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention Collective du 18 avril 2002 (FHP) et annexe du 10 décembre 2002 (SYNERPA)</li> <li>• Accord d'entreprise du 17 mai 2021 relatif au télétravail.</li> <li>• Accord d'entreprise du 3 janvier 2019 relatif à l'égalité professionnelle F/H.</li> <li>• Accord d'entreprise du 20 juin 2018 et avenant n°1 du 26 juin 2019 relatif au CSE.</li> <li>• Accord d'entreprise du 20 juin 2018 sur la durée et l'aménagement du temps de travail.</li> <li>• Accord d'entreprise du 28 avril 2016 relatif à la pénibilité au travail.</li> <li>• Accord d'entreprise du 20 octobre 2011 relatif à la prévention des risques psychosociaux.</li> <li>• Accord d'entreprise du 29 juin 2011 relatif à la participation.</li> <li>• Accord d'entreprise du 29 juin 2011 relatif au règlement d'un plan d'épargne entreprise (participation).</li> <li>• Accord d'entreprise sur les salaires du 20 juin 2018.</li> <li>• Avenant n°1 du 21 novembre 2012 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 23 novembre 2011.</li> <li>• Accord d'entreprise du 20 juin 2018 sur les salaires dont refonte de la PFA</li> <li>• Accord d'entreprise du 23 novembre 2011 sur les salaires (PFA).</li> <li>• Avenant n°1 du 25 octobre 2018 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 20 juin 2018.</li> <li>• Avenant n°2 du 20.11.2013 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 23 novembre 2011.</li> <li>• Avenant n°3 du 19.11.2014 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 23 novembre 2011.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avenant n°4 du 23.11.2016 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 23 novembre 2011.</li> <li>• Avenant n°5 du 28 juin 2017 à l'accord d'entreprise sur les salaires du 23 novembre 2011.</li> </ul>
QVT QUALITE DE VIE AU TRAVAIL			<p>Favoriser la formation des membres du CHSCT (DP pour les Sinoples) à leurs missions.</p> <p><input type="checkbox"/> Faire évoluer le Document Unique d'évaluation des risques professionnels.</p> <p><input type="checkbox"/> Associer les Membres du CHSCT aux travaux du Comité de Management des Risques</p> <p><input type="checkbox"/> Concentrer les efforts dans l'acquisition de lève-malade (dont ceux de type Quick-Raiser)</p> <p><input type="checkbox"/> Equiper tous les établissements de lève-personne sur rail pour les chambres accueillant les résidents les plus handicapés, lorsque techniquement cela est possible.</p> <p><input type="checkbox"/> Encourager les établissements à aménager, dans toute la mesure du possible, une salle de repos avec du mobilier adéquate, en bon état : fauteuils et/ou transats</p> <p><input type="checkbox"/> Sensibiliser sur les FAQ qui constituent l'un des outils au service de la prévention des risques</p> <p><input type="checkbox"/> Maintenir le rythme biennuel des enquêtes de satisfaction du personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Optimiser les plannings quand cela est possible dans un souci d'amélioration des conditions de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Intégrer dans la formation des actions de prévention des risques psychosociaux (« Comprendre et gérer l'agressivité » - « la maltraitance, comprendre pour prévenir » - « Tact et Bienveillance dans les Soins »)</p> <p><input type="checkbox"/> Développer le tutorat pour les nouveaux embauchés et élaborer une fiche de mission spécifique</p> <p><input type="checkbox"/> Rôle bénéfique du bilan d'intégration des nouveaux embauchés</p> <p><input type="checkbox"/> Importance des entretiens individuels annuels</p> <p><input type="checkbox"/> Réflexion à mener sur l'évolution des fiches de fonction</p> <p><input type="checkbox"/> Généraliser dans tous les établissements les réunions salariés /</p>



			Psychologue externe (« analyse de la pratique professionnelle ») Une note d'information sera portée à la connaissance du personnel afin de leur rappeler l'existence et l'objet de ces interventions
PLAN DE FORMATION			PLAN DE FORMATION GROUPE : Orientations annuelles

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	oui		PFS au niveau du groupe		
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	Oui				
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	oui		Entretien annuel Plan annuel de formation groupe : orientations		
Adéquation du personnel aux missions ?	oui				

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

ESMS couverts par le CPOM	Nombre d'ETP susceptibles de partir en retraite	Qualification des personnels concernés	Montant indemnités départ en retraite (Privés) et CET (publics)	Politique RH : Remplacement, mutualisation ou suppression poste
<u>ANNEE N :2021</u> ESMS La Cheneraie ESMS xxx	2	1ASH 1DMR		Recrutement du DMR en cours  ASH : recrutement
<u>ANNEE N +1 :2022</u>	<u>1</u>	<u>1ASG</u>		<u>Recrutement</u>

ESMS La Cheneraie ESMS xxx				
<b>ANNEE N + 2</b> <b>:2023</b> ESMS xxx ESMS xxx				
<b>ANNEE N + 3</b> <b>:2024</b> ESMS xxx ESMS xxx				
<b>ANNEE N + 4</b> <b>:2025</b> ESMS xxx ESMS xxx		<b>1 SAM</b>		<b>recrutement</b>
<b>TOTAL</b>				
Provisions déjà constituées				
<b>RESTE A FINANCER</b>				

#### 2.2.4. Mutualisations des moyens au sein du groupe : partenariat au sein des établissements du groupe.

Liste des mutualisations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les mutualisations ?
CSE établissement avec les EHPAD situés dans les départements 13 et 66 du Groupe ACPPA.	Réunions communes qui intègrent des analyses des causes des AT, présentation et validation des DUERP		
Soutien et accompagnement par le service RH	Réalisation de la paie en CSP Paies, Accompagnement du Directeur par la juriste sociale pour gérer les contentieux salariés Réalisation de statistiques RH		
Accompagnement du Directeur par la Direction Financière	Soutien du contrôleur de gestion, contrôles financier internes, procédures gestion financière		
Soutien au Directeur à la gestion patrimoniale	Mise en place de E.Carnet (sanitaire, maintenance, sécurité incendie) ; Accompagnement dans la mise en œuvre travaux de mise en sécurité réalisés par le propriétaire.		
Accompagnement du chef de cuisine par le responsable restauration Groupe	Elaboration des menus, soutien dans la mise en œuvre du PMS, formations, aide au recrutement		

Accompagnement de l'IDE Hygiéniste du groupe	Pilotage des correspondants hygiène et soutien en cas situation complexe.		
Soutien par la Direction Médicale du Groupe	Rédaction de procédures. Coordination des acteurs de soins. Validation des dossiers d'admission en l'absence de Médecin coordinateur Accompagnement dans la prise en charge des résidents au PASA.		
Accompagnement et soutien au pilotage de l'établissement et de ses projets par la Direction des Opérations	Soutien par le Directeur Régional sur les projets de l'établissement et les situations complexes. Soutien de l'équipe Opérations dans la gestion de dossiers de Direction (ERRD, EPRD, ANAP, CPOM...)		
Participation aux réunions processus par les relais établissement	Réunions Régionales Directeurs d'établissements, Démarche Qualité/Risques, Ressources Humaines, Réunions médicales, Formations/sensibilisation par le service patrimoine immobilier (sécurité incendie, pilotage des contrats de maintenance...)		

### 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*) ?
- Télémédecine
- Tablettes numériques pour les activités cognitives
- Autres actions innovantes : programme ANISEN, borne MELO : musique et animation

## 3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

### 3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données. Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

### 3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

#### a) Données de caractérisation

##### Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : partiel
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : sans PUI
- Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) : PASA de 14 places

##### Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Oui

##### Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire/accueil de jour*) : 63
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 30
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : Oui

##### Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Oui
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Oui
- Nature du diplôme du Directeur : master 2 des organisations

##### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui
- Accès à un groupe électrogène : Oui
- Nombre de chambres individuelles : 59
- Organisation des transports accueil de jour : NC
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : salle de balnéothérapie et salle snoezelen

##### Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : Oui
- Partenariat avec un réseau de santé: Oui
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale: Oui
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : 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 : 756
- Dernier GMP validé : 766
- Dernier PMP connu : 204
- Dernier PMP validé : 212

### 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) : 31,75 %
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) : 0.90 %

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : 98.66%

### 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) : 30.16 %

## 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 : 3.8 soit 9.42%
- Taux de prestations externes : 1, le psychologue depuis septembre 2020 soit 2.48%

### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 12.20%
- Taux d'absentéisme par motif : 12.2%

<b>Abs (hors CP)</b>	<b>12,2%</b>
Maladie	8,8%
AT	0,4%
Logé par./fam	2,8%
Maternité	0,1%
Abs non rém	0,0%

## d) Finances et budget (axe n° 3)

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

### Quelle est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 111.72 %
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 106.70 %

### 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 %) :
  - o Groupe 1 : 97.10 %
  - o Groupe 2 : 0,17 %
  - o Groupe 3 : 2.73 %
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :
  - o Groupe 1 : 5.09 %
  - o Groupe 2 : 92.02%
  - o Groupe 3 : 2.89 %

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

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
  - o Dépendance : 26.54 %
  - o Soins : 73.46 %
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) :
  - o Dépendance : 30,31 %
  - o Soins : 67.69 %
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 93.67 %
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
  - o Personnel : 88.59 %
  - o Autres charges : 11.41 %

**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) : l'évaluation interne a été réalisée en 2012 et 2019 ; le rapport est terminé et envoyé.
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : a été réalisée en 2014.

Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS : Le système d'information est géré par la Direction système d'information. Des progiciels sont à la disposition des établissements pour gérer l'activité (TITAN, CEGID, Octime, E.Vision (déclaration évènements indésirables internes), Ageval...). Les profils des accès sont contrôlés. Des sauvegardes réalisés...

### 3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

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

## 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

### 3.2.1. Activité - EHPAD La Cheneraie

#### Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	23 058		
Journées réalisées	22 679		
Taux d'occupation	98.36 %		

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 :](#)

30 dossiers actifs sur la liste d'attente.

### 3.2.2. Ressources humaines - EHPAD La CHENERAIE

#### Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre- ment	Héberg- ement	Dépend- ance	soin	Postes non pour- vus (ETP)	Postes compens- és par des vacations /CDD ou autres
Direction/administration	3	0.05	3			0	
Services généraux	1	0.02	1			0	
Animation	1	0.02	1			0	apprenti
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	12.32	0.20	10.05	2.27		0	
Aide-soignant- AMP-ASG	16	0.25		4.8	11.20	3	Postes par AVS
Psychologue	0.4	0.006		0.4		0	vacation
Infirmière	4	0.06			4	0	0.06
Auxiliaires médicaux	0.80	0.001			0.8	0	vacation
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.3	0.005			0.3	0.3	recherche +++
Autre fonction : ASG PASA	1.5	0.02			1.5	0.5	
<b>TOTAL</b>	<b>40.32</b>		<b>15.05</b>	<b>7.47</b>	<b>17.80</b>	<b>3.8</b>	

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 16

Commentaires éventuels :

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (≤ à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Soins	15.24%	Cf tableau ci-dessous.	16 (dont 3 avec arrêt)
hébergement	13.7%	Cf tableau ci-dessous.	
administratif	1.65%		

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

- Un taux de congé maladie croissant engendrant un accroissement des remplacements, impact direct sur le budget et par la même des difficultés pour recruter les postes infirmiers, et aides-soignants.
- Deux arrêts maladie de longue durée une ASD et une AMP durant toute l'année soldés par deux licenciements pour inaptitude.
- La crise COVID



REALISE

	janv.-20	févr.-20	mars-20	avr.-20	mai-20	juin-20	juil.-20	août-20	sept-20	oct-20	nov-20	déc-20	Total
<b>SCH</b>													
<b>SOIN</b>													
<b>Abs (hors CP)</b>	14,0%	15,7%	13,9%	11,4%	12,1%	12,6%	10,3%	10,6%	17,0%	20,2%	14,6%	16,6%	14,0%
Maladie	11,3%	11,9%	8,9%	11,4%	12,1%	12,6%	9,0%	10,3%	16,7%	12,9%	8,7%	11,3%	11,4%
AT	0,0%	1,1%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,4%	0,0%	0,5%
Cgé par./famil	2,7%	2,7%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,3%	0,0%	5,5%	5,5%	5,1%	2,0%
Maternité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Abs non rém.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
<b>HBVS</b>													
<b>Abs (hors CP)</b>	9,5%	9,4%	21,6%	21,4%	8,9%	11,6%	13,3%	10,3%	11,2%	13,4%	10,7%	10,6%	12,7%
Maladie	6,7%	9,4%	15,6%	16,3%	3,8%	6,6%	8,0%	4,9%	1,9%	6,2%	5,1%	5,3%	7,5%
AT	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	1,9%	0,0%	0,0%	0,4%
Cgé par./famil	0,2%	0,0%	6,0%	5,1%	5,1%	5,0%	5,3%	5,3%	6,0%	5,3%	5,3%	5,3%	4,5%
Maternité	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Abs non rém.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
<b>ADMT</b>													
<b>Abs (hors CP)</b>	0,0%	2,3%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	1,6%
Maladie	0,0%	2,3%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
AT	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cgé par./famil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	0,3%
Maternité	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Abs non rém.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Abs (hors CP) SCH</b>	11,0%	11,8%	15,5%	15,5%	9,5%	10,8%	10,3%	9,4%	13,0%	15,3%	11,5%	12,9%	12,2%
Maladie SCH	8,5%	9,9%	10,7%	13,5%	7,5%	8,8%	7,7%	7,2%	9,3%	8,8%	6,3%	7,8%	8,8%
AT SCH	0,0%	0,5%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	1,6%	0,2%	0,0%	0,4%
Cgé par./famil SCH	1,5%	1,3%	3,1%	2,0%	2,0%	2,0%	2,5%	2,2%	2,3%	4,8%	4,8%	5,0%	2,8%
Maternité SCH	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Abs non rém. SCH	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

### 3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD la CHENERAIE

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

#### Recettes-dépenses et résultats - Section soins

▪ **Les recettes sur la période :**

ESMS xxx	N-1			N-2			N-3				
	H é b e r g e m e n t	Dépendan ce	Soin	Total	H é b e r g e m e n t	Dépendan ce	Soin	Total	H é b e r g e m e n t	Dépendan ce	Soin
Total Groupes de recettes	373 275.30	1 033 382. 90	1 406 658. 20	336 313.2 0	901 9 93.36	1 238 306. 56	328 724.3 0	890 0 47.40	1 218 771. 70		
Groupe 1	366 244.30	999 657.3 8	1 365 901. 68	332 103.9 5	889 968.3 4	1 222 072. 29	324 129.0 2	879 0 68.58	1 203 197. 60		
Groupe 2		2 500 .00	2 500 .00	0.00	0.00	0.00	0 00	0 00	0.00		
Groupe 3	7 031.00	31 22 5.52	38 25 6.52	4 209.25	12 02 5.02	16 23 4.27	4 595.28	10 97 8.82	15 57 4.10		

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :*

- Les recettes d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 :
- Groupe 3 :

▪ **Les dépenses sur la période :**

ESMS La Chênéraine	N-1			N-2			N-3				
	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin	Total	Hébergement	Dépendance	Soin
Total Groupes de dépenses	407 139.91	936 332.61	1 343 472.51	362 150.95	856 997.13	1 219 148.08	364 108.91	911 999.90	1 276 108.81		
Groupe 1	34 473.96	33 851.40	63 325.36	31 905.23	14 483.98	46 389.21	35 473.85	13 386.92	48 860.80		
Groupe 2	370 388.95	865 900.17	1 236 289.12	327 470.72	798 262.44	1 125 733.16	327 591.88	850 756.45	1 178 348.33		
Groupe 3	2 277.00	36 581.04	38 858.04	2 775.00	44 250.71	47 025.71	1 043.26	47 856.53	48 899.79		

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :*

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 :
- Groupe 2 :
- Groupe 3 :

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS La Chêneraie	N-1	N-2	N-3
Recettes	<b>1 406 658.20</b>	1 238 306.56	1 218 771.70
Dépenses	<b>1 343 472.52</b>	1 219 148.08	1 276 108.81
<b>Net</b>	<b>63 185.68</b>	19 158 48	-57 337.11
Retraitements comptables ( <i>variations congés payés, reprises...</i> )	<b>0</b>	0	+
<b>Résultat à affecter</b>	<b>63 185.68</b>	19 158.48	- 57337.11
<b>AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES</b>			
<b>N-1</b>			
<b>N-2</b>			
<b>N-3</b>			

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/Non

Durée : ..... ans

Période du .... / .... / .... Au .... / .... / ....

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux  
(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS La Chêneraie	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	29 192.09
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	200 00

Commentaires :

Projets d'investissement

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

- Mise au norme des vestiaires à prévoir
- Réfection du système SSI prévu en 2021
- Sécurisation d'une aile pour la nuit
- Aménagement du jardin pour les rencontres avec les familles
- Aménagement de la salle de soins pour assurer la sécurité du circuit du médicament.

### 3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD La Chêneraie

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

ESMS xxx	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	<b>oui</b>			
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	<b>oui</b>			
Contrat de séjour	<b>oui</b>			
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	<b>oui</b>			
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	<b>oui</b>			
Règlement de fonctionnement	<b>oui</b>			
Projet d'établissement	<b>Oui</b>			

<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	oui	Certification		
Projet d'accompagnement personnalisé	oui	100% des résidents		
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux				
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	oui			
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	oui			
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	oui			
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	oui			
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	oui			
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	2021			
Livret thérapeutique en place	oui			
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	non		Difficultés pour les RDV chez dentiste de ville	
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	PASA BALNEOTHE RAPIE SNOEZELEN		

### Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li><li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li><li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li><li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li><li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li><li>- L'informatisation du circuit du médicament</li><li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li></ul>	<p><b>Le circuit du médicament est respecté.</b> <b>Le circuit du médicament sera évalué en 2021.</b> <b>Lors de l'évaluation interne en 2019 il a été évalué à 98% .</b> <b>Le stockage des médicaments est correct mais à moderniser.</b> <b>La dispensation des médicaments est respecté , les erreurs sont répertoriées en e-vision et analysées.</b></p>

### 3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD LA CHENERAIE

Nom EHPAD : LA CHENERAIE				
Date d'effet de la convention : 16/11/2015				
Date de fin de la convention : 2020				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
1-identifier les différents projets : soins, animation, Projet Alzheimer 2- diffuser et expliciter les orientations déterminées.	1/Mettre à jour le projet d'établissement en lien avec le nouveau projet groupe et les objectifs de la CT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe en interne, Résidents, Familles, CVS</li> <li>Groupes de travail</li> </ul>	Réalisé	Evaluation faite tous les ans. Groupes de travail réalisés pour fiches actions en attente de l'écriture du NPG
1-garantir la mise en œuvre des RBPP par les équipes et faciliter leur appropriation 2-garantir l'élaboration d'un projet personnalisé pour chaque résident et améliorer le suivi	2/Développer la bientraitance et la prévention de la maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation du personnel</li> <li>Supervision de l'équipe</li> <li>Equipe pluridisciplinaire</li> </ul>	Réalisé	Sensibilisation permanente et jamais terminée pour les RBPP
1-mettre en œuvre les évaluations internes et externes 2-décliner un Plan d'amélioration de la qualité	3/Déployer une démarche d'amélioration continue de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe de direction en lien avec le service qualité</li> <li>équipe</li> </ul>	réalisé	Etablissement certifié de puis 2012 PAQ annuel 2 <sup>ème</sup> Evaluation interne réalisée en 2019
1-mettre en place un dialogue de gestion 2- construire des tableaux de bord de suivi des dépenses	4/Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et de réalisation de prestations de qualité	Directeur, contrôleur de gestion, direction financière	réalisé	Rencontre mensuelle avec le service contrôle de gestion BI
1-Professionnaliser l'animation 2-adapter l'animation à la pathologie du résident et assurer sa traçabilité en lien avec les PPA	5/Structurer et professionnaliser l'animation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation de l'équipe d'animation</li> <li>Equipe pluridisciplinaire</li> </ul>	réalisé	Sera retravaillé avec le projet E



<p>1- Rédiger le projet de soins et l'actualiser tous les ans</p> <p>2- Systématiser l'évaluation gérontologique pour chaque admission</p>	6/Garantir le projet de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Med co</li> <li>• Responsable pole soins</li> </ul>	réalisé	
<p>1-garantir l'accès à la prévention et aux soins dentaires</p> <p>2- garantir la prise en charge de la douleur</p> <p>3-prévenir le risque de chute</p> <p>4-poursuivre la prévention , le dépistage et la prise en charge de la dénutrition</p>	7/garantir le respect des indispensables de la prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des cuisiniers aux textures modifiées</li> <li>• Référent bucco dentaire</li> <li>• Groupe de travail sur la nutrition</li> </ul>	réalisé	
<p>1-informer le résident et sa famille des droits liés à la santé et les modalités d'exercice</p> <p>2-s'assurer que le résident participe à son projet de soin et impliquer sa famille</p>	8/personnaliser l'accompagnement de la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures du groupe adaptées au fonctionnement de l'établissement</li> <li>• Participation du résident et de sa famille au PPA</li> <li>• +0.15ETp de psychologue</li> </ul>	réalisé	Les PPA ont continué par Skype pendant la pandémie. 100% des résidents ont un PPA
1-suivre et analyser la prise en charge médicamenteuse des résidents	9/poursuivre la mise en place de la iatrogénie médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil interdiag</li> <li>• Formation IDE et Medco</li> <li>• Travail collaboratif entre Medco et medtraitant</li> </ul>	Partiellement réalisé	
1-intégrer l'établissement dans l'ouverture sur la ville et le réseau associatif	10/ouvrir l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscription dans le parcours gérontologique</li> </ul>	réalisé	Travail avec la MAIA Réseau : école, centre de loisirs, service animation village... Participation à l'expérimentation ANISEN
<p>1-formaliser, réactiver et évaluer les conventions de partenariat existantes</p> <p>2- initier une nouvelle coopération</p>	11/organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours par le biais de relations formalisées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau gérontologique</li> <li>• Autres EHPAD</li> <li>• Maia</li> </ul>	réalisé	HAD IDE DE NUIT TELEMEDECINE DMH EHPAD RESSOURCES

1-finaliser l'inscription et participer activement aux réunions de lancement via-trajectoire 2- s'engager à utiliser via-trajectoire	12/ participer à Via trajectoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation</li> <li>• internet</li> </ul>	réalisé	
---	----------------------------------	---	---------	--

○ *Liste des évolutions décidées en Equipe*

<i>Actions</i>	<i>Intitulé</i>
1	Introduire les activités avec les tablettes
2	Intégrer l'équipe d'encadrement dans une démarche de prévention des risques de l'épuisement
3	Elaborer une charte bientraitance
4	Améliorer l'alimentation reconstituée
5	améliorer la prise en charge de nuit : espace de déambulation

## 4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

### PROJETS PREVUS DANS LE CADRE DU SEGUR INVESTISSEMENT

Présentation de l'opération	Montant prévisionnel (préciser HT, TTC, TDC, valeur finale)	Calendrier prévisionnel / date de démarrage des travaux
<b><u>sécuriser une unité</u></b> pour la nuit pour les personnes déambulantes. Lors des travaux sur la sécurité incendie, intégrer la sécurisation d'une aile, soit 11 chambres avec un salon pour permettre la déambulation dans un endroit sécurisé et accueillant.	50 000€ TTC	début des travaux 01/09/2021 fin des travaux déc. 2021
<b><u>Aménagement salle de soin</u></b> : sécuriser le circuit du médicament et améliorer les conditions de travail infirmier.	22 300€ TTC	août 2021
<b><u>Aménagement de jardin</u></b> : aménager des espaces de rencontre dans le jardin pour une personnalisation de l'accompagnement des Résidents. Après cette longue et éprouvante période de COVID, les familles et les Résidents ont besoin d'espaces intime et accueillant pour se retrouver. Notre jardin nous permet de créer plusieurs lieux à thèmes différents (zen, méditerranéen..) pour passer des moments de partage ensemble.	30 000€ TTC	Juin 2022
<b><u>Humaniser</u></b> les vestiaires en post-COVID. Notre vestiaire, aménagé pour la marche en avant, n'est pas accueillant et fonctionnel.	80 000€ TTC	2022

**Fiche Action N°1**  
**PARCOURS ET COORDINATION**  
**Contribution au parcours de la prise en charge**

DMR. RPS

<p><b>Constat du diagnostic</b></p>	<p>Les interventions de coopération avec la PTA, l'HAD, sont réalisées mais des difficultés à signer des conventions de partenariat.</p> <p>Pas de convention avec le secteur psychiatrique et gériatrique.</p> <p>Conventions signées avec le laboratoire d'analyse, un Médecin traitant, une pharmacie, deux kinés.</p>
<p><b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b></p>	<p>Eviter la rupture de prise en charge en favorisant la coordination des acteurs divers.</p> <p>Assurer la continuité des soins en s'appuyant sur les RBPP, le Projet associatif, le projet d'établissement.</p>
<p><b>Description de l'action</b></p>	<p>Formaliser la coordination par des conventions signées avec l'HAD et soins palliatifs, soins dentaires, mais également le secteur de psychiatrie et gériatrie et le CHP.</p>
<p><b>Identification des acteurs à mobiliser</b></p>	<p>Cadre de santé, Directeur, Médecin coordinateur, les responsables des structures concernées.</p>
<p><b>Moyens nécessaires</b></p>	<p>Conventions signées avec les partenaires.</p>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>2022-2023</p>
<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p>Nombre de conventions signées</p> <p>Nombre de résidents pris en charge par l'HAD et la durée de l'hospitalisation.</p>
<p><b>Points de vigilance</b></p>	<p>S'assurer de la continuité du parcours et de la prise en charge.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p>L'HAD en lien avec les soins palliatifs réalise des préadmissions pour anticiper les hospitalisations et être réactif.</p>

**Fiche Action N°2**  
**PARCOURS ET COORDINATION**  
**Réponse aux besoins territoriaux**

DMR. RPS

<b>Constat du diagnostic</b>	Volonté de répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain des personnes âgées du territoire et de leurs aidants.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Renforcer la collaboration et les partenariats de l'EHPAD avec les acteurs de la filière et du territoire pour favoriser le lien entre domicile et EHPAD et soutenir les aidants
<b>Description de l'action</b>	Participer en lien avec les EHPAD aux astreintes IDE de nuit  Fluidifier le parcours (via trajectoire, PTA)  Organiser des commissions gériatriques inter établissements  Mettre en place des groupes de parole pour les aidants
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	RPS, DMR, les responsables des structures concernées.
<b>Moyens nécessaires</b>	Conventions signées avec les partenaires.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2023
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de conventions signées avec les partenaires Nombre d'admissions réalisées par via trajectoire
<b>Points de vigilance</b>	S'assurer de la continuité du parcours et de la prise en charge.
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Travail en réseau avec la PTA

**Fiche Action N°3  
REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION  
Réseau IDE de nuit inter établissements**

*DMR et RPS*

<b>Constat du diagnostic</b>	Le projet IDE de nuit est validé et financé mais sa mise en place n'est pas effective en raison des postes non pourvus.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Participer en lien avec les EHPAD de proximité au réseau IDE de nuit afin de limiter les urgences et les hospitalisations.
<b>Description de l'action</b>	Soutenir la démarche de recrutement du CHP des IDE de nuit
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	CHP, ARS et CD, DMR et RPS
<b>Moyens nécessaires</b>	Humains Recrutement et mise en place par le CH de Périgueux
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Diminution des hospitalisations d'urgence de nuit Nombre de demandes formulées par l'établissement Nombre d'interventions réalisées
<b>Points de vigilance</b>	Nombre d'hospitalisation de nuit.
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Coopération inter établissement à porter un projet commun : projet Ide de nuit.

**Fiche Action N°4  
REPOSITIONNEMENT DE L'OFFRE ET INNOVATION  
Projet télémédecine**

*DMR et RPS*

<b>Constat du diagnostic</b>	Le projet télémédecine est validé en cours de réalisation.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Mettre en œuvre les innovations en santé dans l'accompagnement aux nouvelles technologies prônant la sécurité, la qualité et le bien-être de la personne âgée permettant de développer les technologies d'avenir pour le maintien de l'autonomie (innovations techniques, technologiques, numériques et de services)</p> <p>Diminuer les transports pour les consultations extérieurs perturbateurs pour les résidents très dépendants</p> <p>Réduire les délais d'attente pour une consultation</p>
<b>Description de l'action</b>	Assurer la coordination pour la mise en place de la télémédecine.
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	CHP, ARS et CD, DMR et RPS, service informatique groupe ACPPA
<b>Moyens nécessaires</b>	Humains et financiers
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p>% de consultations télémédecine par type d'activité réalisée</p> <p>Nombre de consultations réalisées par rapport aux nombres de consultations demandées</p> <p>Nombre de consultations en télémédecine par rapport aux consultations classiques</p>
<b>Points de vigilance</b>	Nombre de médecins traitants prenant en charge les résidents (pénurie de médecins sur le territoire).
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Coopération inter établissement à porter un projet commun (projet Ide de nuit)

<b>Fiche Action N°5</b> <b>PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS</b> Prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie	
RPS, Méd co	
<b>Constat du diagnostic</b>	Répondre à une demande d'accompagnement non hospitalière
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs  Faire évoluer la prise en charge non médicamenteuse.
<b>Description de l'action</b>	Former 1 référent fin de vie  Recruter un Médecin coordinateur ou palier à son absence.
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	RPS, Med co, médecins traitants, HAD.
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation fin de vie , matériel, humain
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Taux de prises en charge effectuées par rapport au nombre de demande  Taux de résidents décédés ayant bénéficiés d'un accompagnement de fin de vie
<b>Points de vigilance</b>	Bien-être psychique et physique des résidents.  Satisfaction des familles.  Coordination médicale assurée.
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Suivi régulier des indicateurs de soins.



<b>Fiche Action N°6</b>  <b>PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS</b> Circuit du médicament	
RPS, Méd co	
<b>Constat du diagnostic</b>	Assurer une prise en soins des résidents dans leurs globalités en toute sécurité.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Mise en place d'une politique de bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie (priorité régionale)</p> <p>Faire évoluer la prise en charge non médicamenteuse.</p> <p>Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament.</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Réaménager l'infirmierie</p> <p>Sécuriser la distribution des traitements médicamenteux par la traçabilité sur le logiciel de soin.</p> <p>Recruter un Médecin coordinateur ou palier à son absence.</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	RPS, Med co, médecins traitants, PFS.
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation, financier, matériel, humain
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Diminution des traitements médicamenteux Nombre de médicaments par prescription
<b>Points de vigilance</b>	<p>Bien-être psychique et physique des résidents.</p> <p>Absence d'alerte dans TITAN</p>

Fiche Action N°7

**PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS**

Assurer une prise en soins la nuit adaptée aux troubles du comportement

RPS, Méd co

**Constat du diagnostic**

Assurer une prise en soins des résidents dans leurs globalités en toute sécurité : accueillir en toute sécurité les résidents déambulant la nuit

**Objectif opérationnel (ou spécifique)**

Faire évoluer la prise en charge non médicamenteuse par des espaces accueillant la nuit.

Créer une unité sécurisée la nuit

**Description de l'action**

Aménager une aile dédiée à la déambulation des personnes présentant des troubles cognitifs (11 lits)

**Identification des acteurs à mobiliser**

RPS, Med co , médecins traitants, PFS.

**Moyens nécessaires**

Formation, financier, matériel, humain

**Calendrier prévisionnel**

2022-2026

**Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action**

Diminution des traitements médicamenteux

Diminution des troubles anxieux

**Points de vigilance**

Bien-être psychique et physique des résidents.

<b>Fiche Action N°8</b> <b>PERSONNALISATION L'ACCOMPAGNEMENT</b> Promouvoir et favoriser une vie sociale	
<i>DMR</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	Permettre à chaque résident de conserver son rôle social et citoyen et ce quel que soit son degrés de dépendance.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement en matière de vie sociale, culturelle et sportive</p> <p>Associer les familles et les proches à l'accompagnement des résidents en lien avec l'évolution des besoins et attentes</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Mettre en place des partenariats</p> <p>Former des nouveaux personnels au projet personnalisé d'accompagnement.</p> <p>Créer des espaces de rencontre dans le jardin pour les familles et les résidents.</p> <p>Mettre en place un café des aidants</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	ATD, psychologue, RPS , ASG, animateur
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation Financement du café des aidants
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations réalisées Taux de résidents ayant un PPA actualisé. Taux d'atteinte des objectifs des PPA Nombre de CVS réalisés
<b>Points de vigilance</b>	Bien être et satisfaction des résidents et de leurs familles. Réflexion des personnels sur leurs pratiques
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Les projets personnalisés effectués de manière régulière avec participation du résident, des familles, de l'équipe.

**Fiche Action N°9**  
**PERSONNALISATION L'ACCOMPAGNEMENT**  
 bientraitance

*DMR*

<b>Constat du diagnostic</b>	Préserver la dignité de chacun quel que soit sa dépendance et sa pathologie
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Poursuivre la professionnalisation des équipes en la matière.
<b>Description de l'action</b>	Former un nouveau référent bientraitance  Candidater au comité éthique du groupe et avoir une réflexion éthique au sein de l'équipe de l'établissement  Etre en veille sur les besoins du territoire en matière de café des aidants.
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	ATD, psychologue, RPS , ASG,
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation Recruter un psychologue salarié.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations réalisées  Procédures de signalement effectuées.  Nombre de réflexion éthique
<b>Points de vigilance</b>	Bien être et satisfaction des résidents et de leurs familles.  Réflexion des personnels sur leurs pratiques
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Les projets personnalisés effectués de manière régulière avec participation du résident, des familles, de l'équipe.

**Fiche Action N°10**  
**PERSONNALISATION L'ACCOMPAGNEMENT**  
Alimentation

*DMR*

<b>Constat du diagnostic</b>	Adapter l'alimentation à la spécificité de chaque Résident
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Garantir une alimentation plaisir et de qualité
<b>Description de l'action</b>	Favoriser les circuits courts et les produits de saison. Améliorer les textures modifiées.
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	RPS , ASG, cuisiniers
<b>Moyens nécessaires</b>	Formation Recrutement
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de formations réalisées Nombre de réclamations
<b>Points de vigilance</b>	Bien être et satisfaction des résidents et de leurs familles.  Réflexion des personnels sur leurs pratiques
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Les projets personnalisés effectués de manière régulière avec participation du résident, des familles, de l'équipe.

<b>Fiche Action N°11</b> <b>PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE</b> Prévention et gestion des risques	
<i>RQ, DMR, ATD, RPS</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'établissement est certifié depuis 2010 (Iso 9001 et NF Services)</p> <p>Pendant la crise COVID pas d'enquêtes clients ni du personnel, une organisation et des priorités modifiées. Programmés en 2021</p> <p>Le PAQ a été élaboré en tenant compte du contexte, Les REX ont permis l'analyse de la situation.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Suivre et faire vivre le plan d'amélioration continue de la qualité. Élaborer la cartographie des risques</p> <p>Rappeler l'obligation de signalement des évènements indésirables</p> <p>Diffuser et s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM, HAS et ANAP</p> <p>Maintenir un taux d'activité optimal</p> <p>Développer la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Elaborer le PAQ chaque année, l'évaluer, l'adapter</p> <p>Réaliser la cartographie de l'établissement</p> <p>Humaniser un vestiaire du personnel adapté aux besoins et au norme</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	RQ, ATD, service RH , DMR, organismes de tutelles, RPS, propriétaire
<b>Moyens nécessaires</b>	Humain, matériel
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p>Actualisation annuelle de la cartographie des risques</p> <p>Taux d'atteinte des objectifs du PAQ</p> <p>Existence d'un référent risque</p> <p>Nbre d'évènements indésirables déclarés/an</p> <p>% de REX/an</p>
<b>Points de vigilance</b>	Adéquation des moyens et des besoins
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Organisation qualité au sein de l'établissement

**Fiche Action N°12**  
**PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE**  
Ressources humaines

*RQ, DMR, ATD, RPS*

<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Pendant la crise COVID pas d'enquêtes clients ni du personnel, une organisation et des priorités modifiées.</p> <p>Des équipes en demande de nouveaux projets.  Difficultés de recrutement du personnel pour les remplacements.  Difficultés de recrutement pour le personnel qualifié soignant et cuisinier.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Diffuser et s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM, HAS et ANAP</p> <p>Renforcer l'efficacité de la gestion [financier, GPEC, groupement d'employeurs, tableau de présence (turn-over, arrêts maladies...)]  Anticiper les besoins en remplacements  Assurer la continuité des soins</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Prévenir les risques psycho-sociaux</p> <p>Humaniser un vestiaire du personnel adapté aux besoins et au norme</p> <p>Suivre le plan de formation en intégrant les besoins de l'établissement et les formations incontournables en gérontologie</p> <p>Elaborer des plannings adaptés aux besoins des résidents et répondant aux actions de QVT.  Intégrer et /ou créer un GIEQ</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Directeur, RPS  CHSCt régional, Médecin du travail  Département, région</p>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Humain, matériel</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>2022-2026</p>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p>Plan de formation  Nbre de salariés formés à la QVT</p> <p>Taux d'absentéisme par années  Evolution du taux d'ETP vacants par rapport aux années précédentes</p>
<b>Points de vigilance</b>	<p>Adéquation des moyens et des besoins  Recrutement de personnel qualifié</p>
<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>Organisation qualité au sein de l'établissement  Mise en place d'un planning horaires améliorant les conditions de travail  Coopération inter établissement  Continuer les cours de Pilates financés par MSA</p>

**ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

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



**ANNEXE N° 4 : TABLEAU DE SYNTHESE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS**

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p><b>Fiche action n° 1</b> Eviter la rupture de prise en charge en favorisant la coordination des acteurs divers.</p> <p>Assurer la continuité des soins en s'appuyant sur les RBPP, le Projet associatif, le projet d'établissement.</p>	<p>Nombre de conventions signées. Nombre de résidents pris en charge par l'HAD e la durée de l'hospitalisation</p>	<p>Signature d'1 convention par Partenaire</p>						<p>Réactiver et évaluer les conventions existantes</p>
<p><b>Fiche action n° 2</b></p> <p>Renforcer la collaboration et les partenariats de l'EHPAD avec les acteurs de la filière du territoire pour favoriser le lien entre le domicile et l'EHPAD et soutenir les aidants</p>	<p>Nombre de conventions signées avec les partenaires</p> <p>Nombre d'admissions réalisées par via trajectoire</p>							
<p><b>Fiche action n° 3</b></p> <p>Participer en lien avec les EHPAD de proximité au réseau IDE de nuit afin de limiter les urgences et les hospitalisations.</p>	<p>Diminution des hospitalisations d'urgence de nuit Nombre de demandes formulées par l'établissement Nombre d'interventions réalisées</p>	<p>Recrutement des postes IDE de nuit effectué</p>						

<p><b><u>Fiche action n°4</u></b></p> <p>Réfléchir sur la faisabilité de mise en oeuvre d'innovations en santé dans l'accompagnement aux nouvelles technologies prônant la sécurité, la qualité et le bien-être de la personne âgée permettant de développer les technologies d'avenir pour le maintien de l'autonomie (innovations techniques, technologiques, numériques et de services)</p>	<p>% de consultations télémédecine par type d'activité réalisées</p> <p>Nombre de consultations réalisées par rapport aux nombres de consultations demandées</p> <p>Nombre de consultations en télémédecine par rapport aux consultations classiques</p>							
<p><b><u>Fiche action n°5</u></b></p> <p>Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes</p>	<p>Taux de prises en charge effectuées par rapport au nombre de demande</p> <p>Taux de résidents décédés ayant bénéficiés d'un accompagnement de fin de vie.</p>	<p>Bien être des résidents et de leur entourage</p>						
<p><b><u>Fiche action n°6</u></b></p> <p>Mise en place d'une politique de bon usage du médicament et de prévention de la iatrogénie (priorité régionale)</p> <p>Faire évoluer la prise en charge non médicamenteuse.</p>	<p>Diminution des traitements médicamenteux</p> <p>Nombre de médicaments par prescription</p>							

Poursuivre la sécurisation le circuit du médicament.								
<b>Fiche action n°7</b> Faire évoluer la prise en charge non médicamenteuse par des espaces accueillant la nuit. Créer une unité sécurisée la nuit	Diminution des traitements médicamenteux Diminution des troubles anxieux							Séjour investissement
<b>Fiche action n°8</b> Développer l'ouverture de l'établissement sur son environnement en matière de vie sociale, culturelle et sportive Associer les familles et les proches à l'accompagnement des résidents en lien avec l'évolution des besoins et attentes	Nombre de formations réalisées Taux de résidents ayant un PPA actualisés Taux d'atteinte des objectifs Nombre de CVS réalisés	Réflexion des personnels sur leurs pratiques						
<b>Fiche action n°9</b> Poursuivre la professionnalisation des équipes pour permettre à chaque résident de conserver son rôle social et citoyen malgré la dépendance	Nombre de formations réalisées concernant la bientraitance Procédures de signalement effectuées. Nombre de réflexions éthiques		x	x	x	x	x	

<p><b>Fiche action n°10</b></p> <p>Garantir une alimentation plaisir et de qualité</p>	<p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de réclamations</p>	<p>Prévenir la dénutrition garder le plaisir de manger</p>						
<p><b>Fiche action n°11</b></p> <p>Suivre et faire vivre le plan d'amélioration continue de la qualité. Élaborer la cartographie des risques</p> <p>Rappeler l'obligation de signalement des événements indésirables</p> <p>Diffuser et s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM, HAS et ANAP</p> <p>Maintenir un taux d'activité optimal</p> <p>Développer la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats</p>	<p>Actualisation annuelle de la cartographie des risques</p> <p>Taux d'atteinte des objectifs du PAQ</p> <p>Existence d'un référent risque</p> <p>Nbre d'évènements indésirables déclarés/an</p> <p>% de REX/an</p>							
<p><b>Fiche action n°12</b></p> <p>Diffuser et s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM, HAS et ANAP</p> <p>Renforcer l'efficacité de la gestion [financier, GPEC, groupement d'employeurs, tableau de présence (turn-over, arrêts maladies...)]</p> <p>Anticiper les besoins en remplacements</p>	<p>Plan de formation</p> <p>Nbre de salariés formés à la QVT</p> <p>Taux d'absentéisme</p> <p>Taux d'ETP vacants</p>	<p>Bien être des salariés QVT</p> <p>Personnel formé</p> <p>Motivation du personnel</p>	<p>x</p> <p>2022-2026</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p><b>Humaniser le vestiaire : ségur investissement</b></p>

Assurer la continuité des soins								
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**Renouvellement de la convention relative à la tarification de l'hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale au sein de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) "La Chêneraie" à BASSILLAC.**

**ENTRE**

**Le Département de la Dordogne**, représenté par le Président du Conseil général, M. Bernard CAZEAU, dûment habilité à signer, agissant en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 14.CP.XI.58 du 15 décembre 2014;

**Dénommé ci-après le « Département »,**

**ET**

**L'Union d'Economie Sociale « Les Sinoplies »,** sise 7 chemin du Gareizin - BP 32 - 69 340 FRANCHEVILLE, gestionnaire de l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes « La Chêneraie » à Bassillac, représenté par M. Jean-Claude DADOL, son Directeur général ;

**Dénommé ci-après « l'Etablissement »,**

**VU** le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment ses articles L 342-3-1, D 342-2 et R 314-183 et suivants ;

**VU** le Code Général des Collectivités Territoriales ;

**VU** l'ordonnance n° 2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005, notamment son article 8,

**VU** l'arrêté de Monsieur le Président du Conseil général de la Dordogne n° 010049 en date du 26 janvier 2001 autorisant l'extension de 3 lits de la Maison de retraite privée « La Chêneraie » à Bassillac portant sa capacité à 63 lits dont 30 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale;

**VU** l'arrêté de Monsieur le Préfet de la Dordogne n° 041959 en date du 10 décembre 2004 autorisant la transformation de la Maison de retraite privée « La Chêneraie », en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour une capacité de 63 lits d'hébergement permanent ;

**VU** le règlement départemental d'aide sociale ;

**VU** la convention d'Aide sociale du 30 décembre 2008 réglant les conditions d'accueil de 30 bénéficiaires de l'aide sociale pour l'EHPAD « La Chêneraie » à Bassillac échue au 31 décembre 2013 et reconduite de manière tacite à défaut de dénonciation des parties 6 mois avant l'échéance, conformément aux dispositions de l'article 4 de ladite convention,

**VU** l'avenant n°1 à la convention d'Aide sociale du 27 mars 2009 précisant le mode de calcul des tarifs appliqués aux hébergés sociaux âgés de moins de 60 ans,

**VU** la demande transmise par Madame Dominique GIBOUIN par courrier du 13 décembre 2013, Directrice de l'EHPAD « La Chêneraie » de bénéficier au droit d'option introduit par l'article 8 de l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005 susvisée, sollicitant la reconduction des modalités d'application de l'habilitation partielle à l'aide sociale,

## Il est convenu ce qu'il suit

### **Article 1 : Conditions de réservation et de mise à disposition de places pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées**

L'Etablissement s'engage à admettre, dans la limite de ses places disponibles et de son habilitation de 30 places rappelée ci-dessus, toute personne qui en ferait la demande, au titre de l'aide sociale départementale quel que soit son domicile de secours.

Cette admission sera prononcée en conformité avec le projet d'établissement et la convention tripartite. Plus particulièrement, l'Etablissement s'engage à faire bénéficier de la totalité de la prise en charge et des services aux bénéficiaires de l'aide sociale sans restriction ou discrimination par rapport aux résidents non assistés sociaux. Cette prise en charge devra être conforme aux référentiels de bonnes pratiques professionnelles et s'inscrire dans le prolongement des objectifs de la convention tripartite en vigueur.

A l'arrivée du résident sollicitant l'aide sociale, l'Etablissement lui remettra l'ensemble des documents prévus par la loi et devra mettre en place une prise en charge personnalisée, au même titre que les autres résidents.

### **Article 2 : Modalités financières :**

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement des personnes bénéficiaires de l'aide sociale seront déterminés annuellement par Monsieur le Président du Conseil général de la Dordogne sur la base des tarifs de l'année précédente majorés du taux d'évolution fixé par le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, conformément à l'article L 342-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Dans le cas où l'arrêté ministériel paraît après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année auquel il se rapporte, le tarif fixé l'année précédente est reconduit jusqu'au 1<sup>er</sup> du mois après publication de l'arrêté ministériel. Le nouveau tarif de l'année prenant effet à cette date.

Par référence aux dispositions de l'article R 314-35 du CASF, le nouveau tarif applicable pour l'exercice sera calculé en tenant compte des produits à encaisser entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date d'effet du nouveau tarif.

Ces prix feront l'objet d'un arrêté de Monsieur le Président du Conseil général.

Pour mémoire, les prix de journée visés ci-dessus sont à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 de :

- pour les personnes âgées de moins de 60 ans :	68,76 € TTC
- pour les personnes âgées de plus de 60 ans :	
• chambre à 1 lit :	54,83 € TTC
• chambre à 2 lits :	49,36 € TTC

Au tarif opposable aux personnes de plus de 60 ans s'ajoutera le forfait dépendance.

L'Etablissement s'engage à ne pas mettre à la charge du bénéficiaire de l'aide sociale accueilli toute facturation qui ne serait conforme aux tarifs ci-dessus.

S'il n'est pas prévu par le Règlement départemental de l'aide sociale du domicile de secours, l'établissement, en application de l'article R 314-204 du CASF, déduira du tarif d'hébergement, dès 72 heures d'absence, la part correspondant aux charges variables en cas d'absence pour convenance personnelle et du montant du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation.

**Article 3 : Contrôle :**

L'établissement s'engage à produire avant le 30 avril n+1 le rapport d'activité du Directeur et le compte de résultat relatif à l'exercice précédent.

**Article 4 : Durée, renouvellement et dénonciation :**

La présente convention est conclue pour 5 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Si elle n'est pas dénoncée par l'Etablissement ou le Département, au plus tard 6 mois avant son terme, la présente convention sera reconduite expressément dans les mêmes conditions.

**Article 5 : Modifications de la convention**

Elles pourront intervenir par voie d'avenant.

**Article 6 : Résiliation ou dénonciation de la convention**

L'habilitation à l'aide sociale du département dont bénéficie l'établissement pourra être retirée par Monsieur le Président du Conseil général de la Dordogne dans les conditions énoncées par l'article L 313-9 du Code d'Action Sociale et des Familles. Dans ce cas, la présente convention sera résiliée de plein droit.

Par ailleurs, le Département pourra résilier la présente convention à tout moment, en cas d'inobservation des obligations qui en résultent, après mise en demeure restée sans effet et préavis de 3 mois.

**Article 7 : Conséquence du retrait ou de la dénonciation**

En cas de dénonciation ou de retrait en application des articles 4 et 6, la poursuite de la prise en charge des assistés sociaux présents alors, sera prononcée à titre individuel aux conditions fixées par l'article L 231-5 du CASF.

**Article 8 : Règlement des litiges**

Tout recours contentieux contre la présente convention, exception faite de ceux relatifs à la tarification, devra être introduit auprès du Tribunal Administratif de Bordeaux – 9, Rue Tastet BP 947 33063 Bordeaux CEDEX, dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Le Président du Conseil général  
de la Dordogne, *K*

  
Bernard CAZEAU

Fait à Périgueux, le

*12 février 2015*

Le Directeur général  
« UES – Les Sinoplies »,

  
Jean-Claude DADOL



**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**  
 ACPA – Résidence la Chêneraie - 24

**1. ABRÈGE DU RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

**1.1. La démarche d'évaluation interne**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p><b>La démarche d'évaluation interne</b></p>	<p>L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2012 en conformité avec les outils associatifs et les exigences de l'ANESM. Elle a permis d'identifier les points forts et points faibles de la résidence. Salariés et résidents ont été impliqués dans cette démarche.</p>	<p>Les professionnels ont du mal à distinguer et resituer la démarche d'évaluation interne de la démarche groupe d'audit croisé</p>	<p>Mieux identifier l'apport de chaque outil ou document pour la compréhension des professionnels de l'établissement dans la démarche qualité.</p>
<p><b>La dynamique qualité</b></p>	<p>A l'issue de l'évaluation interne les actions d'amélioration ont été structurées dans un plan d'action décliné en 13 fiches actions. Ces fiches actions ont été intégrées au PAQ global.</p> <p>Le système de management par la qualité est mis en place, piloté et associé l'ensemble des professionnels de la résidence.</p> <p>Une revue de management permet de suivre le PAQ chaque mois.</p> <p>L'établissement est certifié selon le référentiel RE/JPA/03b de SGS Qualicert.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

**1.2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM relatives à l'ESSMS.**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
La gestion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Une veille des recommandations est organisée au sein du siège et une communication est mise en place au sein de l'établissement. Les RBPP sont mises à disposition des professionnels au niveau de l'infirmierie, à disposition des équipes, dans un classeur.	/	/
La connaissance des recommandations de bonnes pratiques professionnelles par les professionnels	Les professionnels connaissent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles	/	/
L'utilisation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles	Des commissions existent pour travailler sur les sujets de la bien-être.	/	/

**1.3. Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers.**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le projet d'établissement	Le projet d'établissement pour la période 2010/2014 est à disposition	Les ressources financières ne sont pas abordées.	Finaliser la rédaction du projet d'établissement pour la période

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**  
ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

	<p>des professionnels. Le nouveau projet d'établissement est en cours d'écriture. La direction s'est appuyée sur une méthode participative impliquant les professionnels. Il s'étale sur la période 2013/2017 au travers de fiches actions et d'un plan d'amélioration évalué tous les ans. Il est piloté et sera commun à tout le groupe ACPPA.</p> <p>Le projet détaille les missions de l'établissement, les caractéristiques des populations accueillies, les principes d'intervention : la bientraitance, l'offre de services et l'organisation, le personnel et les intervenants extérieurs. Objectifs d'évolution et d'amélioration. Ce projet intègre également le projet de vie, de soin.</p>		<p>2013/2017 et le valider de façon officielle dans les instances concernées. Communiquer le projet d'établissement le projet d'établissement en interne et en externe lors de la validation. Inclure les ressources financières de l'établissement dans le nouveau rapport. S'approprier et personnaliser le nouveau projet, une fois terminé.</p>
<p><b>Les objectifs d'accompagnement</b></p>	<p>Les objectifs principaux d'accompagnement sont déclinés dans la présentation de l'offre de service au travers des 2 principaux pôles : hébergement et soins. Les objectifs opérationnels sont déclinés au travers des fiches actions et thèmes identifiés en fin de chaque paragraphe concernés du projet d'établissement.</p>	<p>Les objectifs du projet personnalisé ne sont pas toujours clairement identifiables.</p>	<p>Rendre plus lisibles les objectifs à atteindre dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement.</p>
<p><b>La gestion des ressources humaines et l'organisation collective</b></p>	<p>La gestion des ressources humaines est organisée, structurée et réalisée</p>	<p>Un comité d'entreprise existe mais il est encore limité aux établissements</p>	<p>/</p>

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

	<p>au niveau de l'établissement et en lien avec les services RH du siège. L'intégration des nouveaux professionnels est facilitée par des temps de doublures, de présentation et de documents mis à disposition (classeur et procédure groupe sur le serveur).</p> <p>Les professionnels disposent tous de fiches de poste et d'entretien annuel d'évaluation avec le supérieur hiérarchique.</p> <p>Le plan de formation est constitué à partir des orientations associatives définies, des besoins de l'établissement et des demandes individuelles. Les formations qualifiantes sont encouragées par la direction.</p> <p>La formation et la recherche de professionnalisation est certainement un des points forts de l'établissement. Les réunions, les panneaux d'affichage, les comptes rendus permettent d'assurer la continuité et la cohérence de l'accompagnement. Les transmissions entre le jour et la nuit sont effectués en équipe avec une lecture intégrale des événements. Le dialogue social est assuré conformément aux exigences légales. Le CHSCT fonctionne.</p>	<p>« SINOPLIES » en attendant la fusion définitive (juridiquement) des établissements. ACPPA et SINOPLIES</p>	
--	---	---	--

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

<p><b>Le pilotage de l'établissement et des activités</b></p>	<p>La direction pilote son activité au niveau des ressources humaines et financières en lien avec le siège de l'association. Des tableaux de bords et rapport d'activité permettent de piloter l'établissement à fréquence régulière.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>
---	---	----------	----------

**1.4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p><b>L'ouverture sur l'extérieur</b></p>	<p>L'établissement est intégré dans un réseau de partenaires aussi bien de soins de formation que d'animation. Des activités sont proposées en interne et en externe avec plusieurs partenaires. Chaque responsable de service dans son champ de compétence assure la coordination avec les prestataires extérieurs.</p>	<p>Il n'existe pas de liste formalisée des partenaires et peu de partenariats sont signés.</p>	<p>Ecrire une liste formalisée des partenaires</p>
<p><b>Le cadre de vie</b></p>	<p>Les locaux de la résidence sont propres et entretenus. Ils offrent des espaces conviviaux et vastes, des salles à manger pouvant recevoir des invités extérieurs. On constate une volonté de maintenir des locaux agréables.</p>	<p>/</p>	<p>/</p>

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**  
 ACPA – Résidence la Chêneraie - 24

	<p>Les espaces personnels (chambre) peuvent être personnalisés par les résidents.                  La résidence propose une restauration adaptée aux goûts, dégôts, régimes, textures modifiées selon un principe de menus élaborés sur un roulement                  L'hygiène des locaux est assurée par une équipe de professionnels selon des protocoles, plan de nettoyage et plannings annuels.                  L'EHPAD propose une prestation lingerie respectant en partie les normes RABC.</p>		
--	--	--	--

**1.5. Personnalisation de l'accompagnement**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p><b>Le projet personnalisé</b></p>	<p>Tous les résidents disposent de projet personnalisé (PPA) à ce jour.                  Le processus de construction du projet personnalisé d'accompagnement est en cours de mise en œuvre depuis un an et demi.                  Les familles et résidents ont été informés par un courrier de la direction.                  Un contrat de séjour est formalisé au moment de l'admission.</p>	<p>Les outils d'évaluation du PPA ne sont pas encore formalisés.</p>	<p>Développer les outils d'évaluation du PPA.</p>

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

<p><b>Le dossier de l'utilisateur</b></p>	<p>Pour chaque résident dès l'admission un dossier administratif et médical est constitué en support papier et saisi en informatique. Les dossiers administratifs et médicaux sont sécurisés et repérés dans des lieux spécifiques. Le dossier informatisé du résident permet de centraliser l'ensemble des informations concernant le résident pour assurer cohérence et continuité d'accompagnement : programmation de soin, cible, observations, traitement...</p> <p>Les modalités d'accès aux dossiers des résidents sont définies</p>	/	/
<p><b>L'accompagnement</b></p>	<p>L'EHPAD propose un accompagnement, adapté et fondé sur les besoins et attentes des résidents repérés dès le processus d'admission par le médecin coordonnateur et les équipes médicales et soignantes. L'admission du résident est organisée au sein de l'établissement selon une procédure et sur la base d'une analyse de dossier administratif et médical. Différents prestations et animations sont proposées aux usagers sur la base d'une programmation de soins</p>		

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

	L'adaptation de l'accompagnement est déclinée au quotidien en fonction de l'état de santé du résident.	/	/
La gestion des médicaments	L'établissement répond aux exigences de la certification concernant la gestion des médicaments.	/	/
L'accompagnement de nuit	Le personnel de nuit se sent en sécurité et fait appel à la personne d'astreinte à la moindre difficulté La fiche de liaison jour/nuit permet une réactivité de l'encadrement face à tout dysfonctionnement Le personnel de nuit est impliqué à la vie institutionnelle	/	/

**1.6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le conseil de Vie Sociale	Un conseil de vie sociale existe et se réunit 4 fois par an avec compte-rendu à l'issue de la réunion.	/	/
Les autres formes de participation	Les résidents participent également à une commission animation et restauration tous les deux mois avec compte-rendu. Dans le cadre des animations un journal est constitué 2 fois par an.	/	/



**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

Le recueil de la satisfaction de l'utilisateur	Des enquêtes de satisfaction sont régulièrement envoyées aux familles et aux résidents	/	/
Le recueil des plaintes des usagers	Les plaintes des résidents et familles font l'objet d'un recueil, d'une analyse et d'un retour à la personne concerné par la direction.	/	/

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Le respect des droits et libertés	Les documents légaux sont remis et expliqués aux usagers par la direction lors de l'admission. Un rappel oral s'effectue régulièrement Les professionnels sont respectueux des droits et libertés des personnes accueillies. Les professionnels adaptent leur expression à la compréhension des usagers.	Les documents légaux ne sont pas toujours adaptés à la compréhension des résidents.	Adapter les documents légaux à la compréhension de la population accueillie.
La gestion des événements indésirables et la prévention de la maltraitance	La résidence dispose d'un système de repérage et de traitement des dysfonctionnements au travers des FEI et FAQ. Un livret bientraitance associatif existe et précise les modalités et définition. L'établissement organise des réunions sur la maltraitance ouverte à tous les professionnels.	/	/

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**  
 ACPA – Résidence la Chêneraie - 24

	<p>Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance</p>	/	/
<p>La sécurité, la prévention et la gestion des risques</p>	<p>L'établissement est équipé de dispositifs de sécurité incendie : extincteur, détection de fumée, alarme incendie. Les professionnels sont formés régulièrement aux formations sécurité et incendie. Le DUERP est formalisé et mis à jour, il prend en compte les risques psychosociaux. L'établissement a développé une politique de gestion et de prévention des risques liés aux résidents. Les chutes, la dénutrition et l'incontinence font l'objet d'une attention particulière des professionnels.</p>		

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chênenaie - 24

**1.8. Appréciation globale de l'évaluateur externe**

	<p>Les principaux points forts identifiés durant l'évaluation externe sont les suivants :</p> <p>L'établissement a écrit son rapport d'évaluation interne, les professionnels ont participé à l'écriture ce celui-ci. Après cela, la démarche qualité s'est mise en route. Un plan d'amélioration a été écrit, il est découlé des fiches actions effectué par des groupes de travail. Ce plan est mis à jour régulièrement par la commission qualité. La démarche de management par la qualité mise en place est opérationnelle et favorise l'implication des professionnels et la formalisation de processus et procédures.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM font l'objet d'une veille, elles sont à disposition des professionnels sur le serveur et sont présentées lors des réunions de coordinations.</p> <p>Les outils de la loi 2002-02 sont présents dans l'établissement et à disposition des salariés. Ils sont connus et mis en œuvre par ceux-là. Tous les résidents disposent d'un dossier et d'un projet personnalisé qui repose sur les attentes et les besoins des résidents. Des projets d'accompagnement des résidents sont développés et mis en œuvre en équipe : dénutrition, incontinence et douleur...</p> <p>L'établissement dispose d'un cadre de vie agréable, propre et entretenu. Il est ouvert sur l'extérieur et repéré dans son environnement. L'établissement a beaucoup de partenaires.</p> <p>L'accompagnement des résidents est organisé et en lien avec leurs problématiques, il est individualisé. Les soins et les activités sont adaptés aux besoins et attentes de chacun. Le climat social de l'établissement est serein ce qui permet des échanges de qualité entre les professionnels lors des transmissions et une réactivité dans la prise en charge. Des outils permettent la cohérence et la continuité de l'accompagnement : fiche de fait nouveau, fiche de chute, fiche nutrition, dossier informatisé de l'usager.</p> <p>Les résidents sont actifs dans l'établissement, ils disposent d'un CVS qui fonctionne, des commissions des résidents sont effectués régulièrement et permettent aux résidents de s'exprimer. Il y a un respect des usagers, leurs envies sont respectées. La sécurité des résidents est prise en compte, les contrôles de sécurité sont effectués régulièrement et les professionnels sont formés à la sécurité incendie et au secourisme</p> <p>Un document sur les événements indésirables existe et est disposition des professionnels. La gestion de la maltraitance a également fait l'objet d'une réflexion et un protocole existe et est connu des professionnels.</p> <p>Les principaux points faibles identifiés durant l'évaluation externe sont les suivants :</p>
<p><b>Points faibles</b></p>	

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les objectifs des projets personnalisés d'accompagnement ne sont pas toujours clairement identifiables et les outils d'évaluation du projet ne sont pas encore formalisés</li> <li>- L'établissement n'a pas encore développé la mesure des effets induits par l'accompagnement.</li> <li>- Il existe un manque de repérage des procédures associatives sur le serveur</li> <li>- Les documents légaux ne sont pas toujours adaptés à la compréhension des résidents</li> </ul>
Préconisations	<p>Nos principales préconisations sont les suivantes (liste non exhaustive):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valider le projet d'établissement 2013/2017 de façon officielle dans les instances concernées après la fin de l'écriture du projet.</li> <li>- Communiquer le projet d'établissement en interne et en externe.</li> <li>- Rendre plus lisibles les objectifs à atteindre dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement.</li> <li>- Communiquer pour clarifier auprès des salariés sur le système de gestion documentaire groupe et établissement.</li> <li>- Mettre en place des indicateurs concernant le suivi des effets de l'accompagnement pour les usagers</li> <li>- Développer les outils d'évaluation du PPA.</li> </ul>

**1.9. Méthodologie de l'évaluation externe**

Items	Méthodologie du cabinet
Rappel des étapes de la démarche	<p>La démarche se compose de 4 phases successives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse documentaire</li> <li>- Visite sur site</li> <li>- Elaboration du pré-rapport et formulation des observations par l'établissement</li> <li>- Finalisation du rapport d'évaluation externe</li> </ul>
Nombre de jours d'évaluation externe	6 jours d'évaluation externe
Nombre d'évaluateurs	3 évaluateurs
Nombre d'entretiens conduits	22 entretiens conduits –
Modalités d'association des usagers	Une rencontre avec des résidents et des familles a été organisée

**1.10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe**

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>Difficultés d'intégrer un 3ème évaluateur le deuxième jour qui manque d'éléments présentés la veille.</p> <p>Délai très long pour la rédaction du pré-rapport</p> <p>Pourriez-vous également relater les appréciations positives de l'évaluation dont vous nous aviez fait part à chaud</p>	<p>Des confusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le projet d'établissement 2010-2014 et le nouveau projet en cohérence avec le nouveau projet groupe en cours de rédaction.</li> <li>- Sur les audits croisés interne et l'évaluation interne et la rédaction du rapport (vocabulaire propre à l'établissement non compris?)</li> </ul> <p>Des contradictions au cours du rapport :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En particulier sur les bonnes pratiques qui sont un point fort au chapitre 1.2 et un point faible p.14</li> </ul> <p>Beaucoup de répétitions, des erreurs (ex. alle sécurisée)</p>

**RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE**

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

**11. SYNTHÈSE**

## Introduction

1. La (ou les) démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'ESSMS : principales caractéristiques (périmètre, axes évalués, méthode employée, modalités de participation des usagers, données recueillies, etc.) ; résultats et axes d'amélioration mis en œuvre ; modalités de suivi des actions du plan d'amélioration continue de la qualité ; effets observés ;

L'établissement a réalisé son évaluation interne en 2012 en conformité avec les outils associatifs et les exigences de l'ANESM. Elle a permis d'identifier les points forts et points faibles de la résidence.

Salariés et résidents ont été impliqués dans cette démarche.

Les professionnels ont du mal à distinguer et résituer la démarche d'évaluation interne de la démarche groupe d'audit croisé.

A l'issue de l'évaluation interne les actions d'amélioration ont été structurées dans un plan d'action décliné en 13 fiches actions.

Ces fiches actions ont été intégrées au travail de réécriture du projet d'établissement et d'un PAQ global.

Le système de management par la qualité est mis en place, piloté et associe l'ensemble des professionnels de la résidence.

Une revue de management permet de suivre le PAQ chaque mois.

L'établissement est certifié selon le référentiel RE/UPA/03b de SGS Qualicert.

**2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS**

Les RBPP sont mises à disposition des professionnels au niveau des services dans une bannette.

Une veille des recommandations est organisée au sein du siège et une communication est mise en place au sein de l'établissement. Des commissions existent pour travailler sur les sujets de la bientraitance.

**A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers****3. Le PEPS : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions ;**

Le projet d'établissement 2010/2014 est toujours valide. Le projet d'établissement est en cours de réécriture pour la période 2013/2017. La direction s'est appuyée sur une méthode participative impliquant les professionnels.

Il s'étale sur la période 2013/2017 au travers de fiches actions et d'un plan d'amélioration évalué tous les ans.



## RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

Le projet détaille les missions de l'établissement, les caractéristiques des populations accueillies, les principes d'intervention : la bientraitance, l'offre de services et l'organisation, le personnel et les intervenants extérieurs, objectifs d'évolution et d'amélioration.

Ce projet intègre également le projet de vie, de soin.

Les ressources financières ne sont pas abordées.

Communiquer le projet d'établissement le projet d'établissement en interne et en externe.

Inclure les ressources financières de l'établissement.

4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention ;

Les objectifs principaux d'accompagnement sont déclinés dans la présentation de l'offre de service au travers des 2 principaux pôles : hébergement et soins.

Les objectifs du projet personnalisé ne sont pas toujours clairement identifiables. Rendre plus lisibles les objectifs à atteindre dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement.

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

Un effort considérable de formation du personnel en lien avec les besoins des résidents a été réalisé et l'investissement des salariés a été remarquable. Le réflexe formation existe dans l'établissement, en réponse à chaque difficulté rencontrée.

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 ;

L'intégration des nouveaux professionnels est facilitée par des temps de doublures, de présentation et de documents mis à disposition (classier et procédure groupe sur le serveur).

Les professionnels disposent tous de fiches de poste et d'entretien annuel d'évaluation avec le supérieur hiérarchique.

Le plan de formation est constitué à partir des orientations associatives définies, des besoins de l'établissement et des demandes individuelles. Les formations qualifiantes sont encouragées par la direction.

Les réunions, les panneaux d'affichage, les comptes rendus permettent d'assurer la continuité et la cohérence de l'accompagnement.

Les transmissions entre le jour et la nuit sont effectuées en équipe avec une lecture intégrale des événements.

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 ;

## RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

Le dialogue social est assuré conformément aux exigences légales. Le DUERP est formalisé et mis à jour, il prend en compte les risques psychosociaux.

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

La direction pilote son activité au niveau des ressources humaines et financières en lien avec le siège de l'association.

Des tableaux de bords et rapport d'activité permettent de piloter l'établissement à fréquence régulière.

L'établissement n'a pas encore développé la mesure des effets induits par l'accompagnement.

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

Les objectifs opérationnels sont déclinés au travers des fiches actions et thèmes identifiés en fin de chaque paragraphe concernés du projet d'établissement.

Les objectifs du projet personnalisé ne sont pas toujours clairement identifiables.

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 :

L'établissement est intégré dans un réseau de partenaires aussi bien de soins, de formation que d'animation. Des activités sont proposées en interne et en externe avec plusieurs partenaires.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS :

L'établissement est connu et apprécié dans son environnement.

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 systèmes(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions :

Chaque responsable de service dans son champ de compétence assure la coordination avec les prestataires extérieurs.



## RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

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 :

Il a beaucoup d'événements organisés par l'établissement pour faire venir des personnes extérieures et maintenir des liens sociaux.

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

14. Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'ESSMS d'élaborer les projets personnalisés, en particulier ceux qui permettent une approche globale interdisciplinaire :

Le processus de construction du projet personnalisé d'accompagnement est en cours de mise en œuvre depuis un an et demi.

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.

Tous les résidents disposent de projet personnalisé (PPA) à ce jour. Les familles et résident ont été informés par un courrier de la direction. Un contrat de séjour est formalisé au moment de l'admission. Les outils d'évaluation du PPA ne sont pas encore formalisés.

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;

Les projets sont actualisés tous les ans mais peuvent être modifiés en cas de modification de la situation du résident. L'état de santé de chaque résident fait l'objet d'une évaluation réalisée par un médecin gériatre au plus tard dans les six mois qui suivent l'admission, puis chaque semestre par le biais de la grille AGGIR.

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

Pour chaque résident dès l'admission un dossier administratif et médical est constitué en support papier et saisi en informatique, son accès par le résident est défini.

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

Les résidents participent activement à la vie de l'établissement, par le biais de commission et pour les projets de l'établissement notamment projet d'établissement ou qualité.

## RAPPORT D'ÉVALUATION EXTERNE

ACPPA – Résidence la Chêneraie - 24

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 ;

Un conseil de vie sociale existe et se réunit 4 fois par an avec compte-rendu à l'issue de la réunion.

Les résidents participent également à une commission animation et restauration tous les deux mois avec compte-rendu.

Dans le cadre des animations un journal est constitué 2 fois par an.

Les plaintes des résidents et familles font l'objet d'un recueil, d'une analyse et d'un retour à la personne concerné par la direction.

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 ;

Les documents légaux sont remis et expliqués aux usagers par la direction lors de l'admission. Un rappel oral est effectué par les professionnels régulièrement.

Les professionnels sont respectueux des droits et libertés des personnes accueillies. Les professionnels adaptent leur expression à la compréhension des usagers.

Les documents légaux ne sont pas toujours adaptés à la compréhension des résidents.

21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance ;

La résidence dispose d'un système de repérage et de traitement des dysfonctionnements au travers des FEI et FAQ.

Un livret bien-être associatif existe et précise les modalités et définition.

L'établissement organise des réunions sur la maltraitance ouverte à tous les professionnels.

Les professionnels sont sensibilisés à la bien-être

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 ;

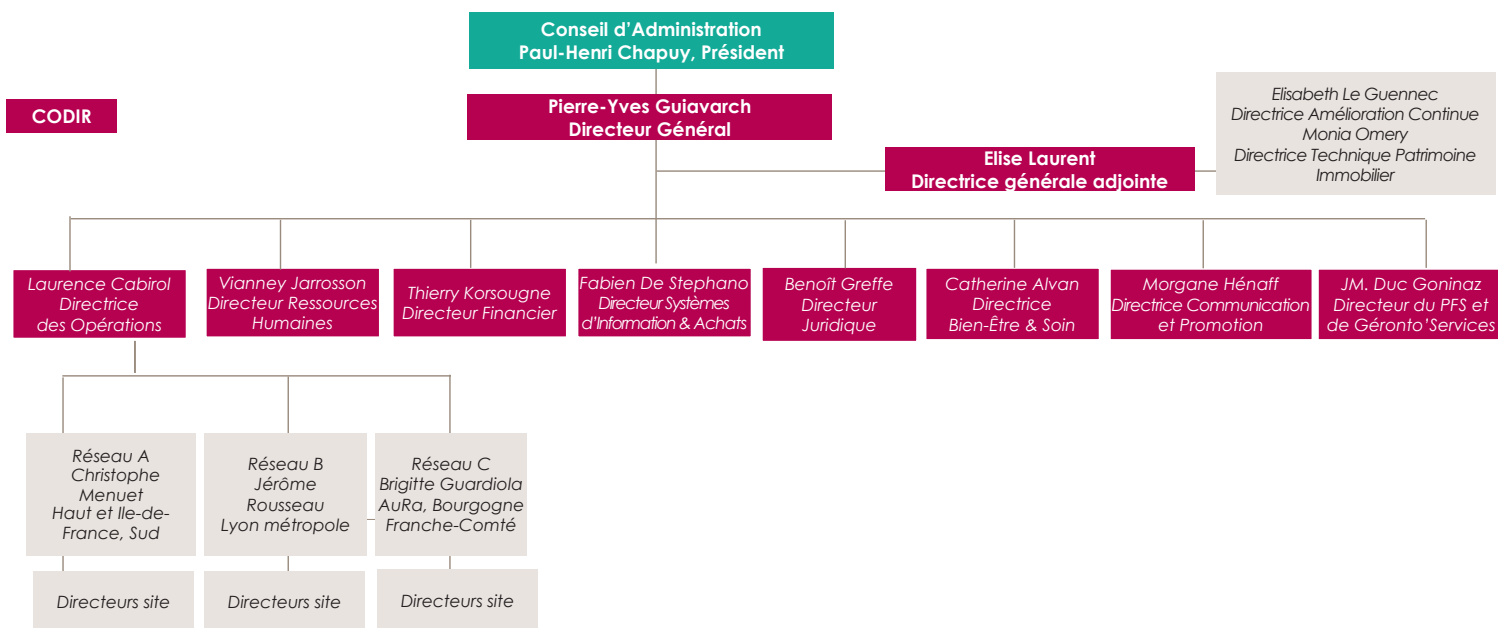
L'établissement est équipé de dispositifs de sécurité incendie : extincteur, détection de fumée, alarme incendie. Les professionnels sont formés régulièrement aux formations sécurité et incendie.

L'établissement a développé une politique de gestion et de prévention des risques liés aux résidents.

Les chutes, la dénutrition et l'incontinence font l'objet d'une attention particulière des professionnels.



## La Gouvernance du Groupe ACPPA



mise à jour : septembre 2020



## **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le Département de la Dordogne**

**ET**

**COLISEE France, gestionnaire des EHPAD  
« Résidence LES CHAMINADES » et « Château  
CAVALERIE »**

## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat .....	6
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	7
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	7
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	8
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	8
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	10
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence .....	11
4.4 - Engagements du Gestionnaire COLISEE France des EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE .....	12
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit .....	12
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ....	13
4.7 Les frais de siège.....	14
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 14	
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	15
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	16
5) Le suivi et l'évaluation du contrat .....	16
6) Le traitement des litiges.....	18
7) La révision du contrat.....	18
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	18
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	18
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	18
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	20

Entre,

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

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Benoît ELLEBOODE, 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 enfin,

COLISEE France, gestionnaire des EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE, représenté par Madame Anne Catherine Péchinot, Présidente, personne dument habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

## **Visas et références juridiques :**

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

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

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

**Vu** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

**Vu** la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**Vu** l'arrêté n° 2018-176/DOSA/CD et n° SPAE-19-001 du 28 décembre 2018 relatif à la programmation des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens des ESMS du département de la Dordogne 24 (Région Nouvelle-Aquitaine) ;

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

**VU** la décision du 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

## **Il a été conclu ce qui suit :**

### **Préambule :**

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et COLISEE FRANCE 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 COLISEE FRANCE et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement des axes stratégiques, de(s) établissement(s) et/ou de(s) services précités ;
- les obligations respectives de chacun des cocontractants ;

- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement ;
- la mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.



# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

---

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
  - Entité juridique : COLISEE France
  - Adresse : 7 – 9 allées Haussmann – CS 50037 – 33070 Bordeaux Cedex
  - N° FINESS : 33 005 089 9
  - N° SIREN : 480 080 969
  - Code statut juridique : 95 - SAS
  - Présidente : Madame Anne Catherine PECHINOT
  - Organigramme de l'entité gestionnaire : Cf. annexes
  - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat :
    - EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
- **Entité établissement** : Résidence LES CHAMINADES
  - Adresse : rue des Chaminades – 24530 Champagnac de Belair
  - N° FINESS : 240 014 506
  - Code catégorie : [500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
  - Capacité : 80

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour Personnes Agées	11	Hébergement complet internat	711	Personnes Agées Dépendantes	76
657	Accueil temporaire pour Personnes Agées	11	Hébergement complet internat	711	Personnes Agées Dépendantes	4

- Mode de tarification : [47] ARS/PCD, Tarif partiel, non habilité aide sociale sans PUI

- **Entité établissement** : Résidence Château CAVALERIE
  - Adresse : 37, rue Salvador Allende – 24130 Prigonrieux
  - N° FINESS : 240 006 379
  - Code catégorie : [500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
  - Capacité : 60

Discipline		Activité / Fonctionnement		Clientèle		Capacité
Code	Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	
924	Accueil pour Personnes Agées	11	Hébergement complet internat	711	Personnes Agées Dépendantes	60

Les EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE 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](#)

*L'EHPAD LES CHAMINADES adhère à la grappe de Périgueux et Nord Dordogne  
L'EHPAD de Cavalerie adhère à la grappe de la Madeleine et CH Bergerac*

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

En Dordogne, le Groupe COLISEE France est signataire d'un seul CPOM regroupant les 2 établissements du département.

Il n'existe aucun lien avec les autres CPOM signés par le groupe COLISEE France.

## **3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE**

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

## **4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM**

*Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.*

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

### **4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM**

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

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

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

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

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

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

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge, dont la durée est fixée par les textes, durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

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

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

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

Le forfait global soins des EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE relève du tarif partiel, sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

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

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

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

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

(le cas échéant) Au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire, ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

#### **4.1.3 – dispositions communes aux financeurs**

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

Les EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE restent, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Les EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE 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.

Ces transferts de dotations ne sont, toutefois, valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond (Art R314-40 CASF).

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

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

## 4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

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

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

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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 31/12/N 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).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 1/01/2022 (en €)</b>	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240 014 506	LES CHAMINADES	1 315 496	1 093 002	45 077
240 006 379	CHATEAU CAVALERIE	949 728	818 428	
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>2 265 224</b>		

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

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2021 (en € TTC)</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240 014 506	LES CHAMINADES	439 631,11		
240 006 379	CHATEAU CAVALERIE	348 012.47		

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

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

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

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

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

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

#### **4.4..- Engagements du Gestionnaire COLISEE France des EHPAD LES CHAMINADES et Château CAVALERIE**

La gestion des produits financiers issus de la gestion centralisée de trésorerie des établissements et services du CPOM est réalisée conformément à l'article R314-95 du CASF.

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :
  - ✓ à un taux minimum de 95 % pour l'hébergement permanent
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

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

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de DORDOGNE
- COLISEE France signataire du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime. Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

**Une Exception au principe :** les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 du CASF, les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (r314-234 et R314-244 du CASF).

- pour les établissements publics, cette dérogation n'est pas nécessaire car il existe déjà un bilan unique au niveau de l'entité juridique. Aucune compensation n'est, par ailleurs, possible entre les différents comptes de résultats prévisionnels (CRP) et l'excédent d'un CRP ne peut venir compenser le déficit d'un autre,

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

**Priorités ARS / Conseil Départemental/ A adapter en fonction du statut :**

*Ainsi il est convenu une fongibilité partielle /totale des résultats et de leurs affectations.*

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

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,



3) Enfin sur les volets suivants :

■ Volet investissement :

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

■ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex *secteur PH* : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation -Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, formation..)

■ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

#### 4.7 Les frais de siège

Sans objet.

#### 4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Sans objet.

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :
  - un déséquilibre financier significatif et prolongé,
  - ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

# TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

---

## 5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

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

- Documents à produire :

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

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

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

- ❖ Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :
- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

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

*A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.*

- [Les dialogues de gestion](#)

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

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

- [Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :](#)

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

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

suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD suivants signataires.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1<sup>o</sup> 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

Le Président du  
Conseil départemental  
de la Dordogne

Le représentant du gestionnaire

Madame Anne Catherine  
PECHINOT

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



# DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

## **Groupe COLISEE**

**EHPAD Les Chaminades – 24 530 Champagnac de Belair**

**EHPAD Château de Cavalerie – 24 130 Prigonrieux**

## Table des matières

<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
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.....	6
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS .....	8
2.2.5. Innovations en santé .....	8
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>9</b>
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE .....	9
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) Résidence de Cavalerie .....	9
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES Residence de cavalerie .....	11
3.2.1. Activité - EHPAD de CAVALERIE .....	11
3.2.2. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD de CAVALERIE .....	13
3.2.3. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD DE CAVALERIE .....	16
3.2.4. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) Résidence les Chaminades .....	16
3.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES Residence les chaminades .....	19
3.3.1. Activité - EHPAD les chaminades .....	19
3.3.2. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD les chaminades .....	20
3.3.3. Démarche qualité et gestion des risques – EHPAD les chaminades.....	20
3.3.4. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD les chaminades .....	24
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>27</b>



## 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
240014506	Résidence Les Chaminades	Privé	80	80	
240006379	Résidence La Cavalerie	Privé	60	60	
TOTAL					

## 2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

### 2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

#### 2.1.1. Mutualisation

*Existence d'un siège du gestionnaire : Oui*

### 2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

#### 2.2.1. Evaluations internes et externes

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

##### **Evaluation interne**

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
Résidence Les Chaminades	Janvier 2016	Décembre 2020
Résidence La Cavalerie	Juin 2014	2021

## Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
Résidence Les Chaminades	Juillet 2016	2022
Résidence de cavalerie	Novembre 2014	2020-2021

### 2.2.2. Coopérations et conventions

#### 2.2.2.1. RESIDENCE DE CAVALERIE

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		CH BERGERAC
Une équipe mobile de gériatrie	X		CH BERGERAC
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		CH BERGERAC
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		PHARMACIE DU SOLEIL
Un établissement de santé	X		
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		UPG BERGERAC
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)	X		
Un cabinet dentaire	X		CABINET COLAVOLPE
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA	X		UHR LA MADELEINE
Autres	X		PARAMEDICAUX, PAPILLONS BLANCS, LINDE OXYGENE, VAUCLAIR

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
OPTICIENS MOBILES	DIAGNOSTIC ET BILAN GRATUIT		
SIEL BLEU	STIMULATION MOTRICE ET COGNITIVE		
ECOLES PRIMAIRE	RENCONTRE INTER-GENERATIONNELLE		

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

### 2.2.2.2. RESIDENCE LES CHAMINADES

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		
Une équipe mobile de gériatrie		X	En attente signature EMOG 24
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		
Un établissement de santé	X		
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		
Un réseau de soins palliatifs	X		
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)			
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 ?
Opticiens mobiles	Disponibilité rapide		
Coopération entre EHPAD locaux	Aide en moyens techniques et humains		
Coopération entre EHPAD Colisée	Aide générale		

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

### 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
RESIDENCE DE CAVALERIE	Recrutement soigné et exigeant sur la base des valeurs humanistes qui nourrissent le projet d'établissement. Intégration des nouveaux salariés. Développement et optimisation des outils RH. Partenariat avec les écoles de formation.		
RESIDENCE LES CHAMINADES	Fidélisation et confiance des salariés. Partage des valeurs du groupe, de l'établissement et de son projet		

#### 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		Mettre en place les éléments permettant de faire face à la pénurie de personnel soignant	Suivi des formations	
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	x		Avec une forte approche RH, nous sommes à même de mieux accompagner nos collaborateurs		

			(souhait de formation, savoir être, savoir-faire .... Equité et transparence )		
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	x		L'accompagnement VAE Proposé par Colisée est un atout particulièrement positif		
Adéquation du personnel aux missions ?	x		Un réorganisation mise en place en Janvier 2018 permet de renforcer la pluridisciplinarité		

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
<b>ANNEE N :</b> Résidence de cavalerie				
<b>ANNEE N :</b> Résidence les Chaminades				
<b>ANNEE N + 1 :</b> Résidence de Cavalerie	<u>3</u>	<u>ASH et AS</u>		<u>Remplacement</u>
<b>ANNEE N + 1 :</b> Résidence les Chaminades				
<b>ANNEE N + 2 :</b> Résidence de Cavalerie	<u>1</u>	<u>ATM</u>		<u>Remplacement</u>
<b>ANNEE N + 2 :</b> Résidence les Chaminades				
<b>ANNEE N + 3 :</b> Résidence de Cavalerie				
<b>ANNEE N + 3 :</b> Résidence les Chaminades	<u>1</u>	<u>Medecinco</u>		<u>Remplacement</u>
<b>ANNEE N + 4 :</b> Résidence de Cavalerie				
<b>ANNEE N + 4 :</b> Résidence les Chaminades				
<b>TOTAL</b>				

Provisions déjà constituées				
<b>RESTE A FINANCER</b>				

#### 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 ?
IDE nuit	Réactivité Rassure les équipes de nuit Evite les hospitalisations Formation du personnel	Besoin incontestable d'infirmier la nuit et de façon quasi permanente.	

#### 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*) ?

Les établissements disposent d'un système d'appel malades avec report sur l'ensemble des chambres et locaux communs.

Un système anti chute/fugue avec la mise en place de bracelets pour les résidents qui le nécessitent.

La mise en place d'une thérapie non médicamenteuse est illustrée par l'utilisation de la méthode Montessori au sein de la structure (qui peut être accompagnée de séances de médiation animale et musicothérapie). La méthode Montessori est une approche personnalisée de la personne qui consiste notamment à la solliciter, lui demander son avis, la valoriser dans un rôle social.

- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?

##### MyColisée

Il s'agit d'un réseau social et sécurisé.

A travers ce réseau, l'équipe d'animation partage les événements du quotidien via un fil d'actualités, un calendrier, des photos des activités, des documents, etc.

Ce réseau a pour objectif de renforcer le lien entre le résident, ses proches et l'équipe de la Résidence. Il permet aux familles de recevoir du contenu sur la vie quotidienne de leur proche, de partager les anecdotes et les événements de la Résidence.

##### L'accès au dossier des résidents et le suivi sur tablette – Titan Nomade

Les Résidences bénéficient de la politique de déploiement de tablettes entamée par Colisée sur l'ensemble de ses sites. Le logiciel TITAN NOMADE (logiciel de soins) est ainsi installé sur ces supports et mis à disposition des équipes de soin et d'accompagnement.

Conçu de façon simple et intuitive, TITAN NOMADE peut être utilisé comme principal outil de traçabilité des actions. Il permet ainsi un accès simple et rapide à l'ensemble des informations concernant le résident.

Le wifi déployé dans l'ensemble du site permet une synchronisation en temps réel des données sur les tablettes et les postes fixes.

### 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) Résidence de Cavalerie

###### a) Données de caractérisation

###### Identification de l'ESMS

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

###### Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : Oui en 2016

###### Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent*) : 60
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 0
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : Oui

###### Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : Oui
- Organisation comprenant un pool de remplacement : Oui
- Nature du diplôme du Directeur : Master 2 Direction des établissements de santé

###### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui
- Accès à un groupe électrogène : Oui
- Nombre de chambres individuelles : 60
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de bain thérapeutique*): Oui

###### Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : Oui
- Partenariat avec un réseau de santé: Oui
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale: Oui

- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : EMOG, EMASP, HAD, Psychiatrie (Vauclair), EMEPPA

## **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 : 774
- Dernier GMP validé : 724
- Dernier PMP connu : 223
- Dernier PMP validé : 223

### 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 % : 1%

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : 99.74% (avec absences+/-72h)

### 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) : 25%

## **c) Ressources humaines (axe n° 2)**

### Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 : 0
- Taux de prestations externes : 0

### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 3.9%
- Taux d'absentéisme par motif : 5% AT ; 95% Maladie

## **d) Finances et budget (axe n° 3)**

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

### Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 100%
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 110%

### Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

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

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

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) :
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) :

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



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

### e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n° 4)

#### Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe

- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : l'évaluation interne doit se faire en 2021. En cours.
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Prévu en 2022

#### Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

L'ensemble des ordinateurs de l'établissement fonctionnent en réseau sécurisé.

L'installation de tablettes dans les services permet aux soignants d'avoir accès aux transmissions ainsi qu'aux informations relatives aux résidents, via le logiciel Titan. Le traitement des données médicales est alors traité en réseau sécurisé, et l'ensemble des évolutions de ses données peuvent être suivies en temps réel par toutes les personnes habilitées à y accéder.

L'outil Titan permet de répondre à différents enjeux en matière de gestion au sein de l'Ehpad. Il permet d'assurer un suivi global des résidents et personnes accueillies dès leur entrée, de gérer la facturation, d'améliorer et assurer la traçabilité des soins et du circuit du médicament, d'accompagner les résidents dans leur projet de vie, d'optimiser la gestion de l'établissement et de suivre la démarche qualité.

La gestion des ressources humaines est assurée grâce au logiciel Organis'or qui permet de gérer les plannings et générer les bulletins salaires suite à sa mise en lien avec l'outil SAGE

De plus le groupe colisée met à disposition de ses établissements une plateforme documentaire (Docolisée) dans laquelle sont disponibles toutes les procédures applicables et les documents de gestion et de suivi d'activité.

L'application MyColisée permet via une application mobile d'entretenir le lien entre l'établissement et les familles grâce à une communication régulière des animations mises en place au sein de la structure.

## 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES RESIDENCE DE CAVALERIE

### 3.2.1. Activité - EHPAD de CAVALERIE

#### 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)	21900		
Journées réalisées	21843		
Taux d'occupation	99.74%		

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.

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre- ment	Héberg- ement	Dépend- ance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compen- sés par des vacatio- ns /CDD ou autres
Direction/administration							
Services généraux							
Animation							
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	12.5	0.20					
Aide-soignant- AMP-ASG	15.5	0.25					
Psychologue	0.3	0.005					
Infirmière	3.8	0.06					
Auxiliaires médicaux	1						
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.4	0.006					
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>33.5</b>						

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 12

Commentaires éventuels :

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (≤ à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
AS/ASH	3.9%		1(8 jours)

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle :

## Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Non

### Projets d'investissement

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

- Rails de transfert dans toutes les chambres
- Rénovation des chambres
- Rénovation de la salle de bain thérapeutique
- Aménagement et agencement des espaces extérieurs

### 3.2.2. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD de CAVALERIE

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

EHPAD DE CAVALERIE	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	OUI	Affichée et présentée en CVS		
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI	Mise à jour régulière		
Contrat de séjour	OUI	Affichée et présentée en CVS		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI	Réunions 4/an		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Donné, signé par tous les résidents et présentée en CVS		
Règlement de fonctionnement	OUI	Affichée et présentée en CVS		
Projet d'établissement	OUI	Récent, élaboré en équipe pluridisciplinaire		
<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	OUI	Travail en équipe pluri disciplinaire + présentation CVS		
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail en équipe pluri disciplinaire réactualisation régulière		

Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	Conventions partenaires externes (soins psy, PTA, UCC, ...)		
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	OUI	Protocole et suivi sur logiciel interne COLISEE		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI	PAGE suivi		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI	Formations et informations régulières du personnel		
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI	Protocole et suivi sur logiciel interne COLISEE		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Fait à l'entrée du résident avec Psy/doc		
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	OUI	2020		
Livret thérapeutique en place		Révision avec PAP		
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI	PAP suivis et révisés avec les proches		
Protocole risque de chute	OUI	Protocole interne COLISEE		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Protocole interne COLISEE		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	2019		
Prise en charge de la douleur	OUI	Protocole interne COLISEE		
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Protocole interne COLISEE Formation régulière des salariés		
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Protocole interne COLISEE 1 IDE + 1 AS référentes		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	Protocole interne COLISEE Convention EMEPPA		

### Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Oui/Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li><li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li><li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li><li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li><li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li><li>- L'informatisation du circuit du médicament</li><li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li></ul>	<p>Les prescriptions se font sur le logiciel Titan par tous les médecins traitants. Un code unique sous enveloppe est prévu pour SOS médecin.</p> <p>La dispensation se fait par des IDE et / ou par des Aides-soignantes ; Délivrance le vendredi des opercules « OREUS muti » pour une semaine. Et chaque jour si besoin de traitement en « urgence », retour hospitalisation.</p> <p>Préparation des opercules par la pharmacie de ville, robotisation de la préparation. Ide prépare chaque jour les traitements hors opercule pour la journée.</p> <p>Sur chaque opercule il est noté la date, le secteur, le moment de la journée (code couleur en plus), le nom prénom, âge, numéro de chambre, le nombre de traitement dans l'opercule et le nom des traitements hors opercule. Nom sur chaque porte de chambre</p> <p>Stockage des traitements hors OREUS dans des boîtes individuelles et nominatives. Pharmacie fermée par un code. Coffre-fort à l'intérieur de cette dernière pour stockage des stupéfiants. Réfrigérateur dans la pharmacie à usage médicamenteux uniquement avec traitement nominatif.</p> <p>Le logiciel titan est relié à la pharmacie de ville par titan pharma. Médecin traitant accès au logiciel par code personnel. Toutes les prescriptions se font sur logiciel sauf les stupéfiants.</p> <p>Fiche d'évènement indésirable grave liée au soin. Procédure en cours de révision</p>

### 3.2.3. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD DE CAVALERIE

CTP signée le 12 08 2016

Thèmes	Objectifs	Réalisation
Gestion des risques	<u>Objectif 1</u> Conduire une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des événements	Oui, Procédure de gestion et de suivi en place. Procédure de gestion des EI actualisée. Outil informatique (DoColisee). Formation PRAPS. Politique de prévention des AT. DUERP actualisé. Formation et sensibilisation permanent.
Qualité des soins	<u>Objectif 2</u> Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	Oui, sensibilisation, support visuel et formation régulière. Personnel formé à Montessori, Humanitude. IDE de nuit. Formation Douleur, Dépression...
Document institutionnel	<u>Objectif 3</u> Redéfinir le projet d'établissement	Oui, actualisation démarrée début 2017. Finalisé en 2019. PE également synthétisé et présenté en livre relié. Résultat d'un travail pluridisciplinaire avec la participation des résidents.
Gestion de la qualité	<u>Objectif 4</u> Déployer une démarche d'amélioration continue de la qualité	Oui, enquête de satisfaction annuelle, 2/3 CVS par an et groupe de travail sur l'évaluation des pratiques. Réactualisation des fiches de suivi et des protocoles. Audit Hôtellerie et Audit soins mensuels.
Gestion RH	<u>Objectif 5</u> Développer une politique de formation adaptée durant toute la carrière des professionnels	Oui, Recueil des souhaits tout au long de l'année et lors des EAP. Plan de formation répondant aux attentes et aux besoins. Voir onglet formation.
Cohérence du projet de soin	<u>Objectif 6</u> Garantir la pertinence du projet de soins	Oui, Formalisé par le RAAM.
Accompagnement personnalisé	<u>Objectif 7</u> Garantir une prise en charge individualisée	Oui, PAP réactualisé en 2020, avec une intégration plus forte de l'histoire de vie.
Circuit du médicament	<u>Objectif 8</u> Poursuivre et veiller au bon usage du médicament	Oui, Circuit du médicament sécurisé (système Robotisé, contrôle par la pharmacie puis par les infirmiers). Vigilance des médecins.
Soins Palliatifs	<u>Objectif 9</u> Assurer l'accompagnement en fin de vie	Oui, convention avec l'équipe mobile de soin palliatif et formation/sensibilisation du personnel. Convention avec le CH de Bergerac, IDE de nuit 7/7. Convention HAD.
Partenariat	<u>Objectif 10</u> Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-	Oui, convention avec un cabinet dentaire, l'HAD, les soins palliatifs et nombreux partenariats efficaces.
Coopération	<u>Objectif 11</u> Mutualiser les ressources avec d'autres EHPAD ou dans le cadre du groupe	Oui, en fonction des nécessités de service et des possibilités. Travail en collaboration avec EHPAD environnant.
Social	<u>Objectif 12</u> Poursuivre les actions d'ouverture de l'établissement sur son environnement en matière d'animation	Oui, nombre d'animation commune se font, avec la fondation JB, le centre de loisir, les écoles, Partenaires extérieurs (gym douce, art thérapeute, chanteurs, musiciens, lecteurs...).
Support d'activité	<u>Objectif 13</u> Participer à Via Trajectoire	Oui, depuis fin 2016, cette plateforme est bien et régulièrement utilisée.

### 3.2.4. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) Résidence les Chaminades

#### f) Données de caractérisation

##### Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : Tarif partiel
- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : Sans PUI
- Autorisation spécifique (*UHR / Unité Spécifique Alzheimer / PASA / ESA*) : 2 unités protégées (12 résidents chacune)

##### Contractualisation

- Signature d'une convention tripartite : OUI (2016)

##### Soins et accompagnement

- Nombre de lits et places, autorisés et financés par catégorie de prise en charge (*hébergement permanent / hébergement temporaire/accueil de jour*) : 76 lits d'hébergement permanent/ 4 lits d'hébergement temporaire
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 0
- Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance : OUI

##### Ressources humaines

- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : OUI

- Organisation comprenant un pool de remplacement : OUI
- Nature du diplôme du directeur : Master 2

#### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : OUI
- Accès à un groupe électrogène : OUI
- Nombre de chambres individuelles : **80**
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) :  
salle kinésithérapie/ Salle balnéothérapie / cuisine internalisée / lingerie pour le linge résident /  
infirmierie

#### Partenariats, conventions et coopérations

- Signature de la convention Plan Bleu : OUI (CH Périgueux)
- Partenariat avec un réseau de santé : PTA Nord Dordogne
- Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale : OUI (PTA)
- Conventions avec des équipes mobiles (à préciser) : soins palliatifs, Equipe Mobile d'Evaluation des  
troubles Psychiques de la Personne Agée (EMEPPA), HAD

### g) 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 : 774
- Dernier GMP validé : 774
- Dernier PMP connu : 231
- Dernier PMP validé : 231

### 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) :
  - o 22% décès
  - o 5% transfert autre établissement
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) : 18%

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

- Taux d'occupation en % (nb journée réalisées/nb journée théoriques) : 98.93%

### 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) : 27%

## **h) 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 : 2%
- Taux de prestations externes : 0%

### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 11.2%
- Taux d'absentéisme par motif : AM 11.2%

## **i) 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) : Objectifs finalisés 2016-2020
  - o Validation prochaine EI décembre 2020
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : Objectifs finalisés 2016-2022

#### Avancement des actions 2019

Actions	Semaine
Former le Med Co à la iatrogénie	10
Créer une commission opérationnelle d'hygiène	12
Réaliser une enquête de prévalence	15
Ecrire un protocole sur l'hygiène bucco-dentaire	19
Ecrire un plan de continuité d'activité en cas de grippe aviaire	17
Signer les conventions de partenariats avec les bénévoles de la résidence	18
Mettre en place les bilans bucco dentaire (CTP Obj 14)	32
Former les professionnels chargés d'assurer la prestation restauration	4
Evaluer les interventions des bénévoles	48
Mettre en œuvre des projets intergénérationnels	48
Mettre en œuvre le projet d'animation (CTP Obj 4)	36
Désigner un responsable de la mise en application du tri des déchets	31
Ecrire le protocole en cas de tuberculose	52
Ecrire une procédure d'accès au dossier de soin	24
Définir une politique de la gestion des risques ( évènements indésirables)	2
Soumettre le DURP aux délégués du personnel	22
Ecrire le rapport d'activité médicale (CTP Obj 8)	10
Elaborer le livret thérapeutique	5
Mettre en place une commission gériatrique	10
Former les professionnels aux risques de chute des PA (CTP Obj 12)	7
Assurer une traçabilité des bilans et des suivis des mesures mises en place auprès des résidents	10



### 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 :*

- L'ensemble des ordinateurs de l'établissement fonctionnent en réseau sécurisé.
- L'installation de tablettes dans les services permet aux soignants d'avoir accès aux transmissions ainsi qu'aux informations relatives aux résidents, via le logiciel Titan. Le traitement des données médicales est alors traité en réseau sécurisé, et l'ensemble des évolutions de ses données peuvent être suivies en temps réel par toutes les personnes habilitées à y accéder.
- L'outil Titan permet de répondre à différents enjeux en matière de gestion au sein de l'Ehpad. Il permet d'assurer un suivi global des résidents et personnes accueillies dès leur entrée, de gérer la facturation, d'améliorer et assurer la traçabilité des soins et du circuit du médicament, d'accompagner les résidents dans leur projet de vie, d'optimiser la gestion de l'établissement et de suivre la démarche qualité.
- La gestion des ressources humaines est assurée grâce au logiciel Organis'or qui permet de gérer les plannings et générer les bulletins salaires suite à sa mise en lien avec l'outil SAGE
- De plus le groupe colisée met à disposition de ses établissements une plateforme documentaire (Docolisée) dans laquelle sont disponibles toutes les procédures applicables et les documents de gestion et de suivi d'activité.
- L'application MyColisée permet via une application mobile d'entretenir le lien entre l'établissement et les familles grâce à une communication régulière des animations mises en place au sein de la structure.

### **3.3. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES RESIDENCE LES CHAMINADES**

#### **3.3.1. Activité - EHPAD les chaminades**

*Activité par type d'accueil*

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	27740	1460	X
Journées réalisées	27443	1367	X
Taux d'occupation	98.93%	94%	X

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

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

En moyenne, nous avons 3 dossiers (consolidés) de demande d'admission par mois.

Ressources humaines - EHPAD les chaminades

#### Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadrement	Hébergement	Dépendance	soin	Postes non pourvus (ETP)	Postes compensés par des vacances /CDD ou autres
Direction/administration							

Services généraux							
Animation							
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	<b>14</b>	<b>0.17</b>					
Aide-soignant- AMP-ASG	20	0.25					
Psychologue	<b>0.8</b>						
Infirmière	4	0.05					
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	<b>0.25</b>						
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>						

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 6

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Soignants	11.2%	6	2

La difficulté majeure que nous rencontrons est la pénurie de professionnels Organisation planning – prise en soins résidents

### 3.3.2. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD les chaminades

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

#### Projets d'investissement

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

### 3.3.3. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD les chaminades

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

EHPAD les chaminades	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble

				e des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	OUI	Elaboré en équipe pluri disciplinaire + résidents		
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	OUI	Affichée et présentée en CVS		
Contrat de séjour	OUI	Mise à jour régulière		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	OUI	Affichée et présentée en CVS		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	OUI	Réunions 4/an		
Règlement de fonctionnement	OUI	Donné, signé par tous les résidents et présentée en CVS		
Projet d'établissement	OUI		<b>Révision 2021</b>	
<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	OUI	Travail en équipe pluri disciplinaire + présentation CVS		
Projet d'accompagnement personnalisé	OUI	Travail en équipe pluri disciplinaire réactualisation régulière		
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	OUI	Conventions partenaires externes (soins psy, PTA, UCC, ...)		
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	OUI	Protocole et suivi sur logiciel interne COLISEE		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI	PAGE suivi		
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI	Formations et informations régulières du personnel		
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	OUI	Protocole et suivi sur logiciel interne COLISEE		
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Fait à l'entrée du résident avec représentant et/ou proches		
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	OUI 2016		Révision 2021	
Livret thérapeutique en place	OUI	Révision avec PAP		
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI	PAP suivis et révisés avec les proches		
Protocole risque de chute	OUI	Protocole interne COLISEE		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Protocole interne COLISEE		

Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	2018	Pénurie de professionnels	
Prise en charge de la douleur	OUI	Protocole interne COLISEE		
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Protocole interne COLISEE Formation régulière des salariés		
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Protocole interne COLISEE 1 IDE + 1 AS référentes		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	OUI	Protocole interne COLISEE Convention EMEPPA		

### Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Oui/Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li> <li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li> <li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li> <li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li> <li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li> <li>- L'informatisation du circuit du médicament</li> <li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li> </ul>	<p>Les prescriptions se font sur le logiciel Titan par tous les médecins traitants. Un code unique sous enveloppe est prévu pour SOS médecin.</p> <p>La dispensation se fait par des IDE et / ou par des Aides-soignantes ; Délivrance le vendredi des opercules « OREUS muti » pour une semaine. Et chaque jour si besoin de traitement en « urgence », retour hospitalisation.</p> <p>Préparation des opercules par la pharmacie de ville, robotisation de la préparation. Ide prépare chaque jour les traitements hors opercule pour la journée.</p> <p>Sur chaque opercule il est noté la date, le secteur, le moment de la journée (code couleur en plus), le nom prénom, âge, numéro de chambre, le nombre de traitement dans l'opercule et le nom des traitements hors opercule. Nom sur chaque porte de chambre</p> <p>Stockage des traitements hors OREUS dans des boites individuelles et nominatives. Pharmacie fermée par un code. Coffre-fort à l'intérieur de cette dernière pour stockage des stupéfiants. Réfrigérateur dans la pharmacie à usage médicamenteux uniquement avec traitement nominatif.</p>

	<p>Le logiciel titan est relié à la pharmacie de ville par titan pharma. Médecin traitant accès au logiciel par code personnel. Toutes les prescriptions se font sur logiciel sauf les stupéfiants.</p> <p>Fiche d'évènement indésirable grave liée au soin. Procédure en cours de révision</p>
--	---

### 3.3.4. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD les chaminades

<b>Nom EHPAD : Résidence Les Chaminades</b>
<b>Date d'effet de la convention : 16/08/2016</b>
<b>Date de fin de la convention : 31/12/2020</b>

Thèmes	Objectifs	Réalisation
Gestion institutionnelle	Organiser des modalités d'association effective des usagers, des salariés, des familles à la gouvernance de l'établissement	projet d'établissement finalisé et mise en œuvre des outils de la loi 2002-2 dans une démarche participative
		Conseil de la Vie Sociale (CVS) mis en place et tenue d'au moins 3 réunions annuelles
		réunions mensuelles des délégués du personnel
		mise en place d'une commission restauration
		mise en place d'une commission animation
		Communication avec les proches avec l'utilisation du site internet « MyColisée »
Gestion des risques	Conduire une politique de prévention et de gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Réalisation de la cartographie des risques
		gestion des « événements indésirables » en CODIR
		personnel Informé et formé à la gestion des risques
		Développement de la culture de sécurité
		registre unique des pratiques professionnelles élaboré
		DARDE opérationnel
Qualité des soins	Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	outils d'auto-évaluation, de mesure du risque de maltraitance, de management de la bientraitance (HAS mars 2012)
		Mise en œuvre de formations sur la démarche de bientraitance (guide, charte, formation Montessori, désignation d'un référent, audit, etc....)

		Appropriation par le personnel des recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) ANESM et HAS relatives à la bientraitance
		Existence de moments d'échanges institutionnalisés et réguliers pour les professionnels
		Formation régulière des professionnels
		Accompagnement personnalisé (PAP)
Vie sociale	Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Projet d'animation finalisé 2016-2020
		Formation continue des personnels à l'animation
Gestion de la qualité	Déployer une démarche d'amélioration continue de la qualité	Evaluation interne et externe effectuées
		Réunions régulières sur appropriation des RBPP
		Enquête qualité en routine sur les bonnes pratiques de soins
Gestion budgétaire	Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et de réalisation de prestations de qualité	Equilibre budgétaire assuré (répartition des recettes et des dépenses par groupe et section d'exploitation)
RH	Développer une politique de recrutement et de formation adaptée	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)
		Plan de formation annuel
Projet de soins	Garantir la pertinence du projet de soins	Evaluation de la mise en œuvre du projet de soins au regard du rapport d'activité médical annuel (RAMA)
		Intervenants libéraux associés à la mise à jour des dossiers de soins
PAP	Personnaliser l'accompagnement	Recueil des habitudes de vie et Co-construction et co-évaluation du PAP avec l'utilisateur issue d'un dialogue régulier tout au long de la démarche

		Utilisation des résultats des enquêtes de satisfaction des usagers ou de leur représentant
Usage du médicament	Mettre en place une politique de bon usage du médicament et de prévention de l'iatrogénie	Élaboration d'une liste préférentielle de médicaments
		Réévaluation pluriprofessionnelle annuelle des résidents
		Retours d'expériences pluriprofessionnelles
Dénutrition	Prévention de la dénutrition. Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique	Mise en place d'une organisation permettant d'éviter les périodes de jeûne nocturne supérieures à 12 heures
		Evaluation de la qualité du repas - concertation direction/équipes soignantes/personnes en charge de la préparation des repas
		Adaptation du temps consacré et des aides au repas
		Repérage des résidents à risque : prise de poids régulière (1 fois par mois). Etablissement d'une courbe de poids et d'IMC
		Procédure écrite concernant le dépistage de la dénutrition
		Formation des équipes en charge de la restauration à l'élaboration de repas adaptés
Risque de chutes	Réduire le risque de chute et favoriser la remobilisation des personnes	Locaux aménagés
		Sensibilisation du personnel aux risques de chutes, intégration au plan de formation
		Incitation des résidents à maintenir une activité physique régulière
		Bilan kiné à l'entrée ou au besoin
Escarres	Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres	Identification des résidents à risque.
		Procédure de prévention des résidents présentant des risques d'escarres en place
		Protocole de soins pour les escarres constituées en place



Soins bucco-dentaires	Garantir l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Formation des personnels au repérage des problèmes bucco-dentaires et à l'adaptation de la prise en charge (alimentation, communication...)
		Bilans odontologiques réguliers
		Hygiène bucco-dentaire quotidienne des résidents
Douleur	Garantir la prise en charge de la douleur	Formation des personnels
		Utilisation de l'outil DOLOPLUS
		Utilisation de protocoles de prise en charge de la douleur/d'administration des antalgiques et le passage des paliers (1, 2, 3)
		Partenariat pour la prise en charge de la douleur chronique
Fin de vie	Assurer l'accompagnement de la fin de vie	Formation des personnels
		Information des résidents et de leurs familles sur les directives anticipées et recueil
		Partenariat Etablissement de santé/EHPAD permettant l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs

#### 4. EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

- Faire une première projection sur les éventuels diminutions, augmentations de capacité, redéploiements annoncés et de quelle façon seront-ils financés ?
- Des alternatives à l'hébergement permanent sont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant) ?
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ?

Améliorer la coordination avec l'HAD et les équipes de soins palliatifs pour éviter les hospitalisations

Présence d'un IDE mutualisé la nuit

Structurer la continuité du parcours de soins

Améliorer l'accès aux soins des résidents en favorisant l'utilisation de la Télémédecine et de la Téléconsultation

Accueil temporaire d'urgence

Réflexion sur la mise en place d'un « Pôle d'activités de nuit »

Prévention de l'Etat Bucco-dentaire des résidents

Poursuivre les efforts engagés en faveur de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance

Poursuite des Projets d'Accompagnement Personnalisé des résidents et suivi du tableau de bord

Améliorer les conditions de travail des professionnels de la Résidence et renforcer la politique de Santé et Sécurité au Travail (SST)

« Favoriser recrutement futur de personnel soignant à l'EHPAD par le biais de l'apprentissage et de la VAE»

## ANNEXE N° 2: FICHES ACTIONS

### AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION

Fiche Action n°1	
Améliorer la coordination avec l'HAD et les équipes de soins palliatifs pour éviter les hospitalisations et maintenir nos résidents dans leur environnement habituel tout en leur garantissant des soins complets	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur, Médecin coordonnateur, Infirmier coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Des partenariats existent avec les équipes de soins palliatifs et les équipes HAD mais cela ne fonctionnent pas toujours de manière efficiente (disponibilité, fluidité des informations...)</p> <p>Les conséquences d'une hospitalisation pour un résident et son entourage peuvent être multiples</p> <p>En présence de soins complexes, notamment la nuit, les résidents sont hospitalisés, passant par les urgences. Extraits de leur environnement habituel pour une période plus ou moins longue, cette hospitalisation est néfaste à leur moral, celui de leurs proches et favorise la survenance ou l'aggravation de troubles cognitifs</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Eviter ou écourter les recours à l'hospitalisation qui sont susceptibles d'aggraver les troubles cognitifs, accentue la désorientation et la baisse de moral.</p> <p>Favoriser un parcours de soins continu du résident</p> <p>Favoriser le développement du DMP</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Actualisation des coopérations avec l'HAD et les équipes de soins palliatifs par le biais de la signature de convention</p> <p>Organiser et formaliser les prises en charge de nos résidents</p> <p>Renforcer la coopération avec les équipes mobiles de soins palliatifs et l'HAD avec des rencontres régulières en présence des cadres</p> <p>Sensibiliser les équipes soignantes par leur participation à des réunions de sensibilisation</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Directeur</p> <p>IDEC / Médecin coordonnateur</p> <p>Equipe HAD et équipe mobile de soins palliatifs</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Formalisation d'une convention de partenariat et évaluation annuelle de la mise en œuvre de cette coopération</p> <p>Temps de réunion et de coordination avec les services d'hospitalisation à domicile et l'équipe mobile des soins palliatifs</p>

	Temps d'échange avec le résident bénéficiaire et sa famille sur la mise en place du dispositif
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Taux (Nombre de demandes de prises en charge adressées à l'HAD-Nombre de résidents ayant été pris en charge par l'équipe mobile)</p> <p>RAAM</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Nombre d'hospitalisation dues à des soins complexes</p> <p>Taux d'hospitalisation des résidents</p>
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>Informers les familles de la démarche de recours à l'HAD ou aux soins palliatifs</p> <p>Informers les équipes soignantes des interventions</p> <p>Communiquer auprès des médecins traitants de l'intérêt du dispositif</p>

**AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION**

<b>Fiche Action n°2</b> <b>Présence d'un IDE mutualisé la nuit</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : IDEC – Médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	Pour pallier à l'hospitalisation de nuit qui peut avoir des effets secondaires indésirables sur l'état de santé d'une personne âgée, présence d'une IDE de nuit dans les EHPAD peut être un moyen d'empêcher les hospitalisations évitables
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Eviter le recours à l'hospitalisation ou en limiter la durée Amélioration de la continuité et de la qualité d'accompagnement en soin Développement d'une synergie et réflexion commune entre les EHPAD Sécurisation et formation des équipes de nuit
<b>Description de l'action</b>	Poursuivre le dispositif d'astreinte d'IDE de nuit mutualisé
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Etablissement porteur qui organise la mutualisation de l'astreinte IDE sur le territoire en collaboration avec les autres EHPAD du territoire
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	Formation aux soins d'urgences de l'IDE d'astreinte Engagement dans une démarche de formation soins palliatifs et fin de vie 2 postes d'IDE, recrutées par les 2 établissements porteur du projet.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Taux d'hospitalisations de nuit</p> <p>Nombre d'appel la nuit vers les services de secours</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Evolution du taux d'hospitalisation de nuit</p>
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	L'IDE doit avoir accès au DLU à jour, aux transmissions, à la pharmacie Le champ d'intervention doit être correctement défini Sous réserve du maintien du financement du projet IDE de nuit par l'ARS

**AXE 1 : PARCOURS ET COORDINATION**

<b>Fiche Action n°3</b> <b>Structurer la continuité du parcours de soins en favorisant la coopération avec des structures complémentaires de proximité</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : DIRECTEUR-IDEC -MEDCO</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Manque de continuité dans le parcours de soins du patient suite à une hospitalisation avec contrainte d'un retour à domicile impossible au regard de son état de santé.</p> <p>Méconnaissance des proches sur les possibilités d'accueil ou offres de services.</p> <p>Perte de temps dans les démarches pour le résident ou ses proches</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Renforcer les liens inter structures (sanitaires / médico-social) : prise d'informations régulière sur les besoins de prise en charge (via appels, mails) avec les partenaires institutionnels* du secteur géographique.</p> <p>Etre identifié par les partenaires comme ressource pour répondre à la demande et à l'orientation des patients</p> <p>Mutualisation des ressources (matérielles et humaines)</p> <p>*Partenaires institutionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CH Périgueux, CH Nontron, CH Bergerac, Clinique Pasteur, CH Montpon</li> <li>- EHPAD la Madeleine</li> <li>- SSR Pierre de Brantôme,</li> <li>- UCC Vergers des Balans,</li> <li>- HAD, palliatif Périgueux - Bergerac</li> <li>- PTA</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Mise en place de conventions</p> <p>Désignation d'un référent par structure</p> <p>Rencontres régulières avec les partenaires</p> <p>Mise en place de « points d'information » au sein des structures</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Directeurs des structures</p> <p>Médecins et Medecin Co</p> <p>IDE/IDEC</p> <p>Assistant(e) social(e)</p> <p>Psy</p> <p>Ergo</p> <p>Secrétariat</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Organisation de Commissions de Coordinations Gériatriques régulières</p>

<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Taux de patients orientés/accueillis</li><li>- Nombre de réunions de coordination réalisées</li></ul>

## AXE 2 : RECOMPOSITION DE L'OFFRE ET INNOVATION

<b>Fiche Action n°4</b> <b>Améliorer l'accès aux soins des résidents en favorisant l'utilisation de la Télémédecine et de la Téléconsultation</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : Médecin Coordonnateur , Directeur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>De manière générale, les établissements doivent faire face à une désertification médicale.</p> <p>Cette difficulté est accentuée notamment au regard notamment de la situation géographique de certaines structures. En effet, il n'est pas toujours aisé d'organiser une consultation rapide en fonction des besoins de nos résidents.</p> <p>Grâce à la téléconsultation, les résidents des EHPAD, souvent très fragiles, peuvent consulter des spécialistes sans avoir à se déplacer dans le cadre de soins programmés ou dans une situation d'urgence. L'équipe soignante de l'EHPAD accompagne le patient et aide à la mise en place de la téléconsultation.</p> <p>L'arrivée de la téléconsultation va nous permettre d'optimiser le temps médical. En effet, la durée des consultations pourra être plus courte et le praticien n'aura pas nécessairement à se déplacer. Cela nous permettra également d'améliorer nos échanges avec le médecin lors d'évènements semi urgents.</p> <p>Dans ce cadre, le Groupe COLISEE souhaite développer des outils permettant de généraliser la pratique de la téléconsultation pratiquée par le médecin traitant de son cabinet grâce à une caméra. Ce dispositif lui évite ainsi le déplacement, jugé chronophage et peu rémunérateur par certains médecins.</p> <p>Les téléconsultations resteront complémentaires aux visites physiques à l'EHPAD.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Mettre en place des téléconsultations avec les médecins traitants et développer l'usage du chariot de Télémédecine pour les télé-expertises</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>La téléconsultation est un nouveau mode opératoire pour les médecins effecteurs. La mise en œuvre de ce type de consultation relève d'une décision partagée du patient et du professionnel de santé, qui juge de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en présentiel.</p> <p>A partir d'un navigateur WEB et du module TITAN Web médecin, le logiciel métier permet d'assurer une téléconsultation à distance avec un résident de l'EHPAD.</p> <p>Du fait de cette nouveauté, il est important de faciliter l'accès et l'organisation de la téléconsultation pour le médecin et les équipes de l'EHPAD.</p> <p>Le logiciel MedbyColisée (TITAN) respecte les prérequis de l'HAS et permet de générer des prescriptions et feuilles de soins avec signatures électroniques.</p>



<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Directeur : pilotage des projets en lien avec le Directeur Régional et les services supports au siège (direction médicale, service informatique, service qualité des soins), lien avec les supports informatiques ACETIAM télémédecine</p> <p>Médecin Coordonnateur : aide au développement du projet, lien avec les médecins traitants, études des dossiers des résidents à proposer en télémédecine</p> <p>Médecins traitants</p> <p>Equipe soignante IDE / IDEC : tenue des téléconsultations, prises des rendez-vous.</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Ces moyens seront à préciser lors du démarrage du projet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement des locaux pour Les Chaminades (pièce dédiée à la consultation)</li> <li>- Matériels spécifiques à acheter pour les 2 établissements en fonction des besoins des spécialistes</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>2022</p>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p>Taux de téléconsultations réalisées / demandées</p> <p>Taux de téléconsultations réalisées / consultations totales</p> <p>Nombre d'hospitalisations évitées</p>
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>Accompagnement technique des professionnels</p> <p>Sensibilisation des professionnels de santé, en collaboration avec les tutelles</p>

**AXE 2 : RECOMPOSITION DE L'OFFRE ET INNOVATION**

Fiche Action n°5 Accueil temporaire d'urgence – EHPAD de Champagnac	
Réfèrent (personne ou institution) : IDEC, MEDCO, DIRECTEUR	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Augmentation des entrées en urgences pour des résidents en insécurité majeure à domicile mais pour lesquels une hospitalisation ne se justifie pas.</p> <p>Augmentation des demandes de séjours temporaires pour des séjours de répit pour les aidants.</p> <p>Les séjours temporaires en EHPAD sont souvent un relai au séjour réalisé en SSR.</p> <p>Fragmentation de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Développer les accueils réalisés en hébergement temporaire pour favoriser les séjours de répit pour les aidants.</p> <p>Organiser l'accueil d'urgence sur le territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre l'utilisateur en sécurité le temps de trouver une solution pérenne</li> <li>- Éviter les hospitalisations en l'absence de nécessité médicale</li> <li>- Palier à la « défaillance » des proches</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Définir un process de transmission des places disponibles avec les différents prescripteurs</p> <p>Définir les conditions d'accueil en urgences : public visé, durée de séjour, tarif, etc.</p> <p>Demande d'accueil temporaire d'urgence via une fiche d'urgence spécifique</p> <p>Recueil et traitement de la demande, si avis favorable de l'EHPAD l'admission est réalisée sous 12H avec contrat e séjour, livret d'accueil, recueil du consentement de l'utilisateur ou représentant légal</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Services d'urgences et d'urgences gériatriques</p> <p>Services des courts séjours gériatriques</p> <p>Médecins traitants</p> <p>France Alzheimer</p> <p>Intervenants libéraux</p> <p>SSR</p> <p>EHPADs du périmètre</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Mise en place d'un lit relai Accueil d'urgence sur les 2 secteurs identifiés (secteur ouvert / UP)</p> <p>Temps de rencontre avec les différents prescripteurs à organiser</p> <p>Appel à projet</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>En fonction de la parution des appels à projet</p>
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Nb de demande d'accueil en urgence</p>

	<p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p>
--	---

Ratio des HT sur le nombre total des séjours proposés

Nombre de résidents accueillis dans le cadre de ce dispositif

**AXE 3 : PREVENTION, QUALITE ET SECURITE DES SOINS**

**Fiche Action n°6**

**Améliorer l'état nutritionnel des résidents et l'Etat Bucco-dentaire des résidents**

*Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur*

<p><b>Constat du diagnostic</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous constatons une augmentation de résidents entrant présentant un état nutritionnel fragile à l'entrée.</li> </ul> <p>L'état nutritionnel est surveillé via les pesées mensuelles et les bilans sanguins + commission nutrition.</p> <p>Des Compléments Nutritionnels Oraux et un enrichissement des repas sont prescrits par le médecin si besoin.</p> <p>Chaque établissement dispose d'une IDE référente nutrition.</p> <p>La difficulté se pose notamment avec les services de restauration car l'adaptation des repas aux besoins nutritionnels des résidents nécessite des connaissances et compétences manquantes à ce jour.</p> <p>Il faut également prendre en compte les besoins spécifiques à certains troubles de résidents en proposant des textures « manger-main » par exemple.</p> <p>Du matériel et des produits alimentaires spécifiques sont nécessaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chez les personnes âgées, une mauvaise santé bucco-dentaire rend difficile la mastication, ce qui peut entraîner des carences, une dénutrition voire un risque de chute.</li> </ul> <p>Une mauvaise santé bucco-dentaire peut également avoir des retentissements importants dans la vie de tous les jours : difficulté à communiquer, baisse de l'estime de soi, repli sur soi.</p>
<p><b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b></p>	<p>Améliorer l'état nutritionnel des résidents avec les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Evaluation</i> des goûts alimentaires lors de l'admission et du PAP</li> <li>- Constitution et animation d'un CLAN unique pour le périmètre du CPOM</li> <li>- Sensibilisation/formation du personnel soignant en associant avec un CH par exemple</li> <li>- Développement de méthodes alternatives aux enrichissements naturels classiques</li> <li>- Equipements, des plateformes de pesée</li> <li>- Améliorer la coordination entre le protocole de soin, le PAP et la préparation des menus</li> <li>- Poursuivre l'évaluation des goûts et dégoûts alimentaires lors de l'admission et du PAP</li> <li>- Diminuer le recours aux Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) en favorisant l'enrichissement naturel</li> </ul> <p>Améliorer l'état bucco-dentaire des résidents Effectuer un bilan d'entrée du résident et assurer les suivis Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaire (partenariat)</p>

	Renforcer l'hygiène et la traçabilité des prothèses dentaires.
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le suivi du poids des résidents</li> <li>- Bilan déglutition à l'entrée</li> <li>- Bilan buccodentaire (Convention actée pour Prignonrieux)</li> <li>- Intégrer le volet nutrition dans le PAP</li> <li>- Privilégier les méthodes alternatives par les enrichissements naturels classiques (crème, œufs, gruyère, etc.) : déploiement du finger-food, des bouchées saveurs enrichies</li> <li>- Travail associant l'équipe projet, les équipes de restauration et la Commission Nutrition</li> <li>- Maintenir une attention sur l'adéquation des textures avec l'état de santé des résidents</li> <li>- Poursuivre la stimulation des résidents désorientés de l'UP dans le cadre du repas thérapeutique</li> <li>- Constituer et animer un Comité Local Alimentation et Nutrition pour le périmètre du CPOM : réunion une fois par trimestre afin d'aborder des problématiques rencontrées par les établissements en matière de dénutrition</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur</li> <li>- Médecin coordonnateur → coordonner le projet</li> <li>- IDEC → veiller à la bonne réalisation des prises de poids, à l'établissement systématiques des PAP à l'entrée du résident avec la partie restauration</li> <li>- IDE/Chef de cuisine + intervention orthophoniste</li> <li>- Dentiste</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation « Alimentation et dénutrition des personnes âgées » auprès du personnel soignant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût pédagogique : 1 500 euros pour 15 participants (2 jours)</li> <li>• Coût salarial de remplacement : 2 600 euros (AS et IDE)</li> </ul> </li> <li>- Achat de petit matériel adapté : 2 000 euros (financement sur la section hébergement)</li> <li>- Formation finger-food : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût pédagogique : 1500 €</li> </ul> </li> <li>- 0,5 ETP en lien avec les textures modifiées et le finger food</li> <li>- Honoraires du dentiste 1 Fois / trimestre (12H = 1 000 € / an/Ehpad)</li> </ul> <p>Coût salarial remplacement 2500 €</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	A partir de 2022

<p><b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de formations réalisées</li> <li>- Actualisation des PAP</li> <li>- Mise en place d'une procédure « suivi de l'enrichissement naturel »</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Evolution du nombre de résidents dénutris entre 2020 et 2025 (évolution de l'IMC et de la variation des poids)</p>
<p><b>Points de vigilance</b></p> <p><b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p>Traçabilité sur le logiciel soin</p> <p>Bonne communication et coordination entre tout le personnel concerné.</p>

**AXE 5 : PERFORMANCE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Fiche Action N°7	
« Favoriser recrutement futur de personnel soignant à l’EHPAD par le biais de l’apprentissage »	
<i>Référent (personne ou institution) : DIRECTEURS + IDEC</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Nous rencontrons de plus en plus de difficultés à recruter du personnel soignant.</p> <p>Nous sommes amenés à recruter des auxiliaires de vie quand cela est possible, mais nous mettons régulièrement en place des « faisant fonction », personnel non diplômé et souvent sans qualification dans notre domaine.</p> <p>La formation en alternance est peut être une solution pour demain.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Faciliter le recrutement dans les EHPAD, par le biais de la formation en alternance.</p> <p>Assurer un encadrement de qualité.</p> <p>Faire rayonner l’établissement auprès des écoles.</p>
<b>Description de l’action</b>	<p>Directeurs + IDEC rencontrent les directeurs des instituts de formation.</p> <p>Prendre 1 à 2 étudiants / an</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Ecoles proposant formation en alternance.</p> <p>Directeurs + IDEC + tuteurs AS</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Formation des tuteurs AS (maître d’apprentissage)</p> <p>Temps IDE/IDEC pour le suivi des compétences</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d’évaluation du résultat de l’action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p>Nombre d’AS/AES en formation apprentissage dans l’EHPAD</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p>Nombre de recrutements suite à la formation AS/AES par alternance.</p>
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance et bon accompagnement des AS en alternance</li> <li>- Présence de Bilans avec IDEC, tuteurs et AS en formation</li> </ul>

**ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

<b>Années</b>	<b>Places au début du CPOM</b>	<b>Variation N</b>	<b>Variation N+1</b>	<b>Variation N+2</b>	<b>Variation N+3</b>	<b>Variation N+4</b>	<b>Places à la fin du CPOM</b>
<b>Etablissements /services</b>							
ESMS Les Chaminades	76 HP + 4 HT	-	-	-	-	-	80
ESMS Château Cavalerie	60 HP	-	-	-	-	-	60
Total	136 HP + 4 HT	-	-	-	-	-	136 HP + 4 HT
Poids des services au regard de l'offre global							



ANNEXE N° 4 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

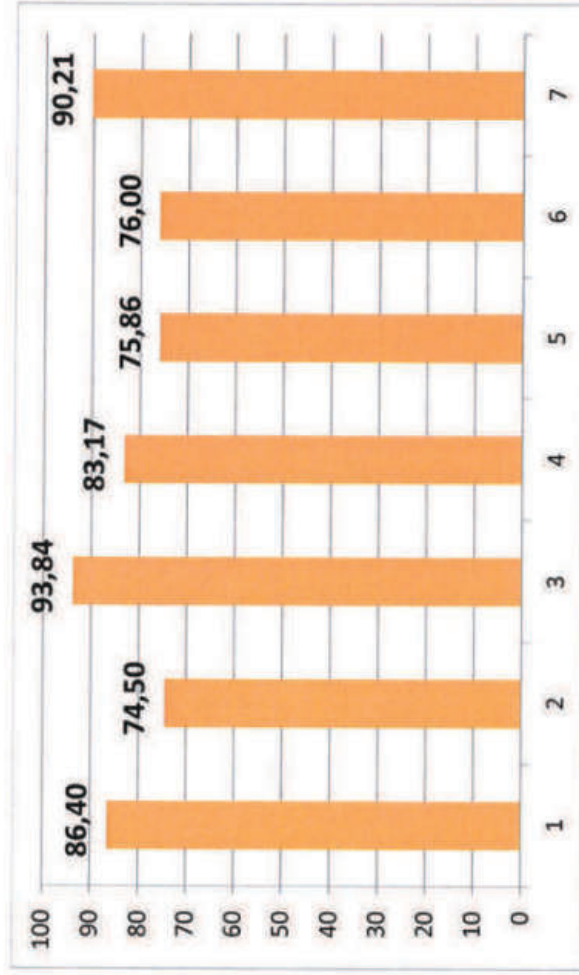
OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
Fiche action n° 1	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b> Taux (Nombre de demandes de prises en charge adressées à l'HAD- Nombre de résidents ayant été pris en charge par l'équipe mobile)</p> <p>RAAM</p>	100%	X	X	X	X	X	
	<p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b> Nombre d'hospitalisation dues à des soins complexes Taux d'hospitalisation des résidents</p>	2.5%	X	X	X	X	X	
Fiche action n° 2	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b> Taux d'hospitalisations de nuit Nombre d'appel la nuit vers les services de secours</p>	<p>&lt; à N Réduire significativement le nombre d'hospitalisation</p>	X	X	X	X	X	
	<p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b> Evolution du taux d'hospitalisation de nuit</p>							

<u>Fiche action n° 3</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de patients orientés/accueillis</li> <li>- Nombre de réunions de coordination réalisées</li> </ul>	<u>Augmenter d'une année sur l'autre le nombre de réunions et d'accueils</u>	X	X	X	X	X	
<u>Fiche action n° 4</u>	<p>Nombre de téléconsultations demandées / réalisées</p> <p>Nombre de téléconsultations réalisées permettant de limiter le nombre de transports</p> <p>Nombre d'hospitalisations évitées</p>	<u>10%</u>					50%	Sous réserve de la disponibilité et de l'équipement des praticiens.
<u>Fiche action n° 5</u>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Nb de demande d'accueil en urgence</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <p>Ratio des HT sur le nombre total des séjours proposés</p> <p>Nombre de résidents accueillis dans le cadre de ce dispositif</p>	<u>10%</u>	X	X	X	X	X	
<u>Fiche action n° 6</u>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de formations réalisées</li> <li>- Actualisation des PAP</li> <li>- Mise en place d'une procédure « suivi de l'enrichissement naturel »</li> </ul>	<p><u>1 fois par an</u></p> <p><u>Tous les ans et à chaque changement de l'état de santé du résident</u></p> <p><u>Enrichissement naturel dès lors que nécessaire</u></p>	X	X	X	X	X	

	<b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b> Evolution du nombre de résidents dénutris entre 2020 et 2025 (évolution de l'IMC et de la variation des poids)	<u>15% de l'effectif maximum</u>	X	X	X	X	X	
<u>Fiche action n° 7</u>	<b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b> Nombre d'AS/AES en formation apprentissage dans l'EHPAD	<u>2 par an</u>	X	X	X	X	X	
	<b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b> Nombre de recrutements suite à la formation AS/AES par alternance.	<u>A minima un recrutement par an en fonction du turn-over</u>	X	X	X	X	X	

## 4. LES ANNEXES

### 4.1 L'ABREGE



**Moyenne : 82,85**

1	La démarche d'évaluation interne
2	La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm
3	Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers
4	L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique
5	Personnalisation de l'accompagnement
6	L'expression et la participation individuelle et collective des usagers
7	La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

## 1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation interne réalisée en pluri professionnalité</li> <li>• Les modalités d'élaboration de l'évaluation définies</li> <li>• Les résultats de l'évaluation interne transmis aux tutelles et portés à la connaissance des professionnels de l'établissement</li> </ul>		
Implication des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats de l'évaluation interne à communiquer aux résidents, aux familles et aux partenaires</li> <li>• Le Plan d'Action Global de l'Etablissement n'est pas porté à la connaissance des usagers</li> </ul>	<p>→ Communiquer au CVS et à la Commission de Coordination Gériatrique les résultats de l'évaluation interne et le plan d'Action Global de l'Etablissement, ainsi que son suivi</p>
Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats de l'évaluation interne donnent lieu à l'élaboration d'un Plan d'Action Global Etablissement</li> </ul>		
Suivi des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Plan d'Action suivi par le comité de direction</li> </ul>		

## 2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'établissement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L'appropriation des RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte des actions au quotidien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les RBPP ne sont pas diffusées ni connues des professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mettre à disposition des professionnels les synthèses des RBPP</li> <li>→ Faire référence au RBPP dans les écrits institutionnels (PE, PAGE, CT, ...)</li> <li>→ Sensibiliser les professionnels et porter à leur connaissance les RBPP lors des temps d'échanges institutionnels</li> </ul>
Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte des actions au quotidien</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Caractérisation de la population accompagnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population accueillie est identifiée et caractérisée dans le projet d'établissement</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les objectifs du PE dans le PAGE en identifiant clairement l'origine de l'objectif (PE).</li> </ul>
<p>Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement est formalisé et actualisé tous les 5 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement ne dispose pas d'objectifs opérationnels et hiérarchisés déclinés en plan d'action à 5ans</li> <li>Le projet d'établissement n'a pas été présenté aux partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décliner les objectifs en actions détaillées en définissant le responsable, les moyens, les délais pour sa mise en œuvre et les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte de l'objectif et d'en mesurer les effets.</li> </ul>
<p>Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestations sont adaptées à la population accueillie et conformes aux missions de l'établissement</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter aux partenaires, notamment au sein de la Commission Gériatrique, une synthèse du projet d'établissement</li> </ul>

#### 4. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les collaborations sont formalisées et effectives</li> <li>Ces partenariats sont développés dans la réciprocité au bénéfice de l'utilisateur.</li> </ul>		
<p>Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les partenaires semblent apprécier les liens de collaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les différents partenariats ne sont pas évalués</li> </ul>	<p>→ Une évaluation formalisée favoriserait la dynamique d'amélioration et la pérennisation de ces partenariats.</p>
<p>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'analyse du territoire est réalisée dans le PE</li> <li>Les partenariats de proximité sont utilisés</li> </ul>		



## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des besoins et attentes des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un référent est nommé pour chaque résident</li> <li>• L'utilisation des fiches de recueil des attentes auprès du résident et de sa famille</li> <li>• Une évaluation de l'accompagnement à 7 jours et à 30 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs du projet personnalisé ne sont pas formalisés clairement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Rédiger les objectifs en consensus avec l'utilisateur et les décliner dans un plan d'actions décrivant le responsable, les moyens et les délais de mise en œuvre.</li> </ul>
Formalisation du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les projets personnalisés sont tous formalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le support ne prévoit pas la traçabilité des évaluations successives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Prévoir une sollicitation du résident et/ou de sa famille pour recueillir leur avis sur la pertinence des actions proposées.</li> </ul>
Evaluation et actualisation du Projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation optimisée des supports de projet personnalisé lors des synthèses</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Adapter les supports PAP pour mettre en évidence les actualisations.</li> </ul>

## 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des instances d'expression et de participation sont mises en place avec les résidents.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le CVS ne s'est réuni que deux fois/an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Organiser 3 CVS/ an conformément au Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 du CASF</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les demandes des usagers sont prises en compte par la Direction et l'ensemble de l'équipe dans la mesure du possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'enquête de satisfaction n'est menée que tous les 4 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Réaliser des enquêtes annuelles ou tous les 2 ans afin d'évaluer plus fréquemment la satisfaction des usagers et notamment mesurer les évolutions</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Organisation de l'ESSMS pour permettre la garantie des droits, le respect de la dignité et du droit à l'intimité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recherche du consentement à toutes les étapes de la prise en charge</li> <li>La possibilité d'accueil des animaux domestiques des résidents</li> </ul>		
<p>Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les principaux risques liés à l'activité et à la vulnérabilité des résidents sont identifiés dans le PE</li> <li>La résidence met en œuvre des dispositifs de prévention des risques liés à la prise en charge, au public accueilli et à l'exploitation des bâtiments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le DARDE n'est pas formalisé</li> <li>L'évaluation du circuit du médicament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mettre en place avec l'aide du groupe un comité éthique</li> <li>→ Ecrire le DARDE selon la circulaire DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie</li> <li>→ Réaliser l'évaluation du circuit du médicament, afin d'identifier les zones à risque et de mettre en place des actions d'amélioration</li> </ul>
<p>Dispositions mises en place pour la prévention et la gestion des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prise en charge en soins individualisée et personnalisée</li> <li>Les prises en charge spécifiques et leurs évaluations (chutes, douleur, escarres...)</li> <li>L'unité pour les dépendants psychiques et son projet de prise en charge</li> <li>Des actions de prévention de la maltraitance sont mises en œuvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'analyse de la pratique n'est plus en place pour les professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Concrétiser le projet de soutien des professionnels avec un psychologue d'un établissement du même Groupe.</li> </ul>

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

La préparation et les conditions de déroulement de l'évaluation externe ont été très satisfaisantes. Les évaluateurs ont pu rencontrer l'ensemble des interlocuteurs attendus (salariés, résidents, familles et partenaires). Ils ont particulièrement apprécié la disponibilité du personnel, la transparence et la qualité des échanges. La préparation des documents mis à disposition a contribué au bon déroulement de l'évaluation.

La Résidence La Cavalerie et les professionnels sont engagés dans une démarche de prise en charge respectueuse des résidents. La bienveillance à l'égard des résidents et de leur famille est une réalité partagée.

La Résidence propose un cadre de vie chaleureux et des prestations hôtelières très satisfaisantes, à l'image des valeurs portées par le groupe Colisée Patrimoine. L'engagement des professionnels permet à la Résidence La Cavalerie, de proposer aux résidents des conditions de vie et des activités dans le respect de leurs droits et de leur intégrité.

L'unité de vie protégée pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer offre des conditions d'accueil et de prise en charge adaptées. Les projets originaux autour des animaux ont particulièrement intéressé les évaluateurs.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue de ses pratiques. Les conclusions de l'évaluation externe sont en cohérence et complémentarité avec celles de l'évaluation interne réalisée par l'établissement. Les évaluateurs ont pu apprécier les actions d'amélioration déjà engagées ou planifiées dans le PAGE.

En conclusion, la Résidence La Cavalerie doit poursuivre sa dynamique d'amélioration, en valorisant les actions déjà réalisées et en mesurant les effets de ces améliorations sur l'accompagnement des résidents.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
Implication des équipes	Nombre de salariés rencontrés : 20
Modalités d'association des usagers et partenaires	Nombre de résidents rencontrés : 2 Nombre de familles rencontrées : 1 Nombre de partenaires rencontrés : 3
Outils de recueil, de synthèse et d'analyse des données pour l'évaluation externe réalisée	Un reclassement des 27 objectifs du décret 2007-975 a été opéré pour formaliser les constats en 4 grands processus : Le management et le pilotage, L'accompagnement du résident, Le cadre de vie et l'hôtellerie, La garantie des droits et la gestion des risques. Une cotation des thématiques évaluatives à 4 niveaux : A, B, C et D, a permis de réaliser des graphiques proposés dans le rapport. Suivant le cahier des charges du décret 2007-975 (chap. V, section 3 § 3.3. Des développements informatifs), nous avons opté pour une grille d'analyse stratégique sur LE MODELE DE MARCHESNAY, (et qui repose sur 4 piliers : but, activité, organisation, environnement) pour présenter une synthèse de tout ce qui a été examiné dans le cadre de cette évaluation externe.
Durée de la mission	Date envoi projet évaluatif : 6/06/14 Date visite sur site : 24 et 25 juin 2014 Date envoi pré-rapport : 26/08/14 Nombre de jours total de la mission : 6

## 10. Commentaires de La Cavalerie sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation s'est déroulée dans de bonnes conditions.</p> <p>Le personnel avait été informé depuis longtemps de l'utilité et des finalités de cette évaluation.</p> <p>Les évaluateurs ont eu une attitude bienveillante qui a facilité l'expression de chacun et permis que l'évaluation soit le reflet de la réalité du fonctionnement de l'établissement.</p>	<p>Après la correction du pré-rapport et l'envoi des documents justificatifs, le rapport final est une image conforme aux pratiques de l'établissement.</p> <p>Les préconisations sont réalistes et adaptées à notre environnement.</p>

Date de validation du pré-rapport d'évaluation externe : 20/10/2014

Signature du directeur :

François DECAAPS



### 3 LA SYNTHÈSE

#### INTRODUCTION

##### 1. La démarche d'évaluation interne

L'évaluation interne a été réalisée en pluri professionnalité selon les modalités d'élaboration de définies au niveau du Groupe JDC.

Les résultats de l'évaluation interne ont donné lieu à l'élaboration d'un Plan d'Action Global Etablissement suivi par le comité de direction.

Les résultats de l'évaluation interne ont été transmis aux tutelles et portés à la connaissance des professionnels de l'établissement, mais n'ont pas été communiqués aux résidents, aux familles et aux partenaires externes.

Le Plan d'Action Global de l'Etablissement n'a pas été porté à la connaissance des usagers.

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

Les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte dans le quotidien de la vie de la résidence. Néanmoins, les supports des recommandations de bonnes pratiques ne sont pas diffusés et peu connus des professionnels.

#### **A/ LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (PEPS) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS**

##### 3. Le PE : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le projet d'établissement a été mis à jour en 2014 à partir d'une trame respectant la RBPP en vigueur et dans une démarche participative.

Le PE est en phase avec les missions de l'établissement et le profil de la population accueillie.

Les objectifs opérationnels du PE ne sont pas hiérarchisés et déclinés en plan d'action à 5 ans.

##### 4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Les budgets alloués (dans la CT de 2009) à l'établissement ne sont pas suffisants, cependant la résidence adapte ses ressources humaines et matérielles en cohérence avec les missions de l'établissement.

Le renouvellement de la CTP en fin d'année devrait permettre de réajuster les budgets soins et dépendance.

#### **5. L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels**

Les profils des professionnels sont en adéquation avec les besoins de la population prise en charge, notamment avec la mise en place de formations pour l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentés et l'accompagnement de fin de vie.

#### **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.**

Un système de tutorat des nouveaux embauchés est opérationnel et permet une bonne intégration des salariés.

Le plan de formation annuel et les temps d'échanges institutionnels permettent aux professionnels d'actualiser ou de consolider leurs compétences.

#### **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.**

Le document unique d'évaluation des risques professionnels a été rédigé avec la collaboration du service de médecine du travail, et des DP. Il n'est cependant pas communiqué à l'ensemble des salariés. Le soutien des professionnels avec la mise en place de groupes d'analyse de la pratique n'est pas encore organisé.

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

Chaque résident dispose d'un dossier de soins et d'un dossier administratif.

L'éclatement du dossier de soins ne permet pas de disposer d'un dossier unique rassemblant toutes les informations nécessaires à la prise en charge du résident.

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

Chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé formalisé et mis en œuvre.



Les PAP ne sont pas déclinés en objectifs opérationnels conduisant à des actions de soins ou de prise en charge devant permettre l'atteinte des objectifs fixés.

## **B / L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE**

### **10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne.**

Les partenariats sont formalisés et pertinents au regard des missions de l'établissement.

Les relations de confiance avec les partenaires contribuent à la qualité de la prise en charge globale des résidents.

### **11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS.**

Les partenaires rencontrés portent une bonne appréciation de l'établissement.

### **12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne.**

Les partenaires externes intervenant dans l'accompagnement du résident tracent leur prise en charge dans le dossier du résident.

Des temps d'échanges formels et informels permettent la circulation des informations nécessaires à la prise en charge.

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

L'établissement s'attache par des actions concrètes à favoriser et maintenir les liens sociaux des résidents.

La résidence et son architecture permet d'offrir des espaces accueillants et chaleureux pour faciliter la convivialité entre les résidents et les familles.

## **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.**

Un référent est nommé pour l'animation de chaque projet d'accompagnement personnalisé.

Les PAP sont établis à l'aide d'outils de recueil d'informations et en pluridisciplinarité.

**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.**

Le résident et sa famille participent à l'élaboration du projet personnalisé à l'aide de fiches de recueil des habitudes et attentes.

**16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées.**

L'élaboration des projets personnalisés est suivie selon un planning prévisionnel, dont il conviendrait d'y intégrer également les actualisations des PAP déjà formalisés.

Le support actuel des projets personnalisés ne permet pas de suivre l'évaluation de la prise en charge.

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

La possibilité de consultation du dossier par l'utilisateur est notifiée dans le règlement de fonctionnement, néanmoins cela ne précise pas les modalités nécessaires à respecter.

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

Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles sont réalisées uniquement tous les 4 ans.

Les résultats de l'enquête 2013 sont satisfaisants et ont été présentés en CVS et aux professionnels.

**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**

Les instances de participation des usagers sont opérationnelles, cependant le nombre des réunions du CVS n'est pas conforme aux recommandations de la loi 2002-2.

Des commissions animation et menus sont organisées pour favoriser la participation des résidents.

**D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION 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.**

Toutes les chambres de l'établissement sont individuelles et le personnel est respectueux de la dignité des 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.**

Des fiches de déclaration des évènements indésirables ainsi qu'un cahier des réclamations sont à disposition des résidents et des familles. Le suivi des FEI est réalisé en CODIR, néanmoins l'analyse des causes de chaque évènement n'est pas formalisée.

Une procédure est opérationnelle concernant la gestion des faits de 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'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels.**

Les risques liés à la prise en charge des résidents sont identifiés dans le Projet d'Etablissement.

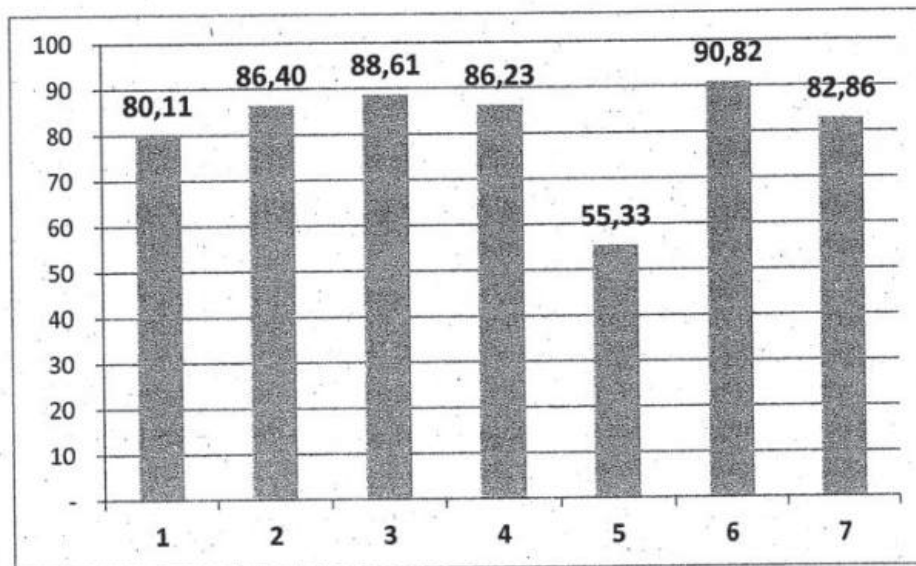
Des actions de prévention, de surveillance, de suivi et d'analyse des risques sont opérationnelles. Notamment les séances de sensibilisation et/ou de formation par le médecin ou l'infirmière-cadre sur les risques identifiés.

Le circuit du médicament n'a pas fait l'objet d'une évaluation formalisée.

### III. LES ANNEXES

---

#### 1. L'ABREGÉ



Moyenne = 81.48/100

- 
- 1 La démarche d'évaluation interne
  - 2 La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm  
Les conditions d'élaboration, de mise en œuvre et d'actualisation du projet
  - 3 d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers
  - 4 L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique
  - 5 Personnalisation de l'accompagnement
  - 6 L'expression et la participation individuelle et collective des usagers
  - 7 La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques
-

## 1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation d'un référentiel groupe conforme aux attentes de la Loi du 2 janvier 2002, qui prend en compte les deux RBPP spécifiques, et qui permet d'évaluer les prestations et l'organisation de l'établissement.</li> <li>Appui du service qualité du groupe Colisée pour mener la démarche.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer pour chaque action du PAGE, le pilote et l'échéancier de réalisation.</li> <li>Formaliser le suivi de la réalisation du PAGE (calendrier des réunions sur la démarche qualité et de l'actualisation du PAGE)</li> <li>Présenter le PAGE avec les échéanciers aux salariés et aux usagers en mettant l'accent sur les actions à réaliser dans l'année en cours.</li> <li>Lors de la prochaine évaluation interne :</li> </ul>
Implication des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démarche menée de façon participative avec les salariés.</li> <li>Démarche présentée au CVS</li> <li>Les usagers ont été associés à la démarche par le biais d'une enquête de satisfaction.</li> <li>Des échanges sur le fonctionnement de la collaboration et les projets ont été organisés avec les partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'établissement était en montée en charge lors de l'évaluation interne. Les salariés n'ont pas vraiment compris l'intérêt et le sens de la démarche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associer les usagers à la cotation de certains items afin de recueillir leurs avis sur la qualité des prestations de l'établissement et les impliquer directement dans la démarche d'amélioration de la qualité.</li> </ul>
Elaboration du plan d'amélioration continue de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboration d'un Plan d'action global d'établissement (PAGE) qui comprend les axes d'amélioration issus de l'évaluation interne et des résultats des enquêtes de satisfaction.</li> <li>Il va être mis à disposition des salariés et des usagers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PAGE n'est pas encore finalisé comprenant le détail des actions à réaliser, les responsables et l'échéancier de réalisation des actions.</li> </ul>	
Suivi des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des actions du PAGE sont déjà réalisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le PAGE ne fait pas l'objet d'un suivi formalisé.</li> </ul>	

## 2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm relatives à l'établissement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>L'appropriation des RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'équipe d'encadrement a identifié les RBPP applicables à l'établissement</li> <li>• Les synthèses des RBPP sont à disposition des professionnels dans l'infirmierie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les RBPP sont peu connues des professionnels.</li> </ul>	<p>→ Saisir toutes les occasions pour sensibiliser le personnel aux RBPP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lors des temps de réunion</li> <li>- En lien avec la diffusion d'un nouveau document</li> <li>- En groupe de travail</li> </ul>
<p>Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les RBPP sont prises en compte lors de l'élaboration ou l'actualisation des procédures par le Groupe ou par l'équipe d'encadrement.</li> <li>• La cadre IDE a présenté aux équipes la synthèse de la RBPP relative à la bientraitance.</li> </ul>		

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Caractérisation de la population accompagnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un PE en cours de finalisation qui prend en compte la RBPP spécifique de mai 2010.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Finaliser l'élaboration du PE</li> <li>→ Décrire dans le PE les modalités concrètes d'organisation de l'établissement.</li> </ul>
Modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration du PE de façon participative avec les salariés.</li> <li>• Un PE qui intègre les résultats de l'évaluation interne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le projet d'animation à élaborer</li> <li>• Le PE peu descriptif sur le fonctionnement de l'établissement et notamment sur le projet spécifique à mettre en œuvre dans les unités Alzheimer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Décrire les objectifs spécifiques, l'organisation de la prise en soins, et la mise en place de repères dans les unités Alzheimer.</li> <li>→ Elaborer le Projet d'animation.</li> <li>→ Mettre en œuvre les modalités d'évaluation et de suivi du projet d'établissement et des projets spécifiques associés.</li> </ul>
Adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La diversité des modalités d'accueil proposée par l'établissement (hébergement en séjour permanent et séjour temporaire, deux unités Alzheimer)</li> <li>• Prestations hôtelières de très bon standing avec des chambres et des locaux communs très spacieux.</li> <li>• Un Hébergement exclusivement en chambre individuelle.</li> <li>• Des salariés diplômés.</li> <li>• Des formations réalisées pour l'ensemble des professionnels.</li> <li>• Un bon climat social.</li> <li>• Des ressources (humaines, matérielles et financières) qui vont être adaptées aux besoins de la population avec la signature de la CT.</li> <li>• Des activités proposées le matin aux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de projet et de programme d'animation spécifique pour les unités Alzheimer</li> <li>• Le DUERP non élaboré.</li> <li>• Absence d'accueil de stagiaires soignants</li> <li>• Livret d'accueil non remis aux nouveaux salariés.</li> <li>• Déroulements de journées non élaborés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Diffuser largement le Projet d'établissement notamment aux nouveaux salariés et aux nouveaux résidents.</li> <li>→ Elaborer le DUERP.</li> <li>→ Personnaliser le livret d'accueil des salariés et le diffuser</li> <li>→ Elaborer et diffuser les déroulements de journées aux professionnels.</li> <li>→ Systématiser la traçabilité des soins réalisés.</li> <li>→ Développer la mise en œuvre d'indicateurs permettant de mesurer les effets sur l'accompagnement.</li> </ul>

	<p>résidents des unités protégées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les résidents des unités conviés aux sorties organisées par l'établissement (sorties au marché, à la médiathèque...)</li> </ul>		<p>→ Systématiser et tendre vers l'utilisation du logiciel TITAN pour le suivi de la participation et des effets de l'animation.</p>
<p>Mesure des effets de l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des indicateurs médicaux suivis dans le cadre du rapport médical</li> <li>Le suivi de la participation et des effets de l'animation sur les activités proposées par l'animatrice dans les unités Alzheimer mis en place.</li> <li>L'animatrice, et le psychologue participent aux transmissions</li> </ul>	<p>Les effets de l'accompagnement encore peu mesurés à l'aide d'indicateurs.</p> <p>Les effets de l'animation ne sont mesurés que dans les deux unités protégées.</p>	<p>→ Tendre vers la mise en place de plans de soins informatisés permettant d'assurer la planification et la traçabilité informatisée des soins.</p> <p>→ Réaliser les transmissions uniquement sur le logiciel TITAN.</p> <p>→ Réaliser des fiches de tâches pour chaque poste.</p>
<p>Accompagnement des usagers (accueil, soins, cadre de vie...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un accompagnement personnalisé décidé en équipe.</li> <li>La traçabilité des soins mise en place.</li> <li>La planification des soins mise en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une traçabilité des soins non systématique.</li> <li>Les supports de la planification des soins sont informatisés (absence de plan de soins AS).</li> <li>Transmissions réalisées sur TITAN et sur support papier.</li> <li>Les fiches de tâches ne sont pas réalisées.</li> </ul>	



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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'usager</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des partenariats qui contribuent à la continuité des soins, formalisés par des conventions.</li> <li>• Des échanges et des partenariats dans le cadre de la vie sociale.</li> <li>• Des échanges intergénérationnels sont mis en place.</li> <li>• Des liens ont été créés avec d'autres EHPAD.</li> <li>• La direction a pour objectif d'inviter les séniors du village à partager un moment convivial avec les résidents, autour d'une animation ou d'un goûter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les partenariats dans le cadre de la vie sociale ne sont pas formalisés.</li> <li>• Les partenariats ne font pas l'objet d'une évaluation annuelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Afin de pérenniser les partenariats, poursuivre la signature de conventions avec les partenaires identifiés.</li> <li>→ Mettre en place l'évaluation des partenariats de l'établissement selon la RBPP « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » afin de favoriser la dynamique d'amélioration de ces partenariats.</li> </ul>
<p>Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les familles conviées à toutes les festivités et tous les repas organisés par l'établissement.</li> <li>• Le programme d'animation et le journal de la résidence sont adressés tous les mois aux familles.</li> <li>• Une politique importante de communication a été mise en œuvre par Colisée depuis le rachat, pour améliorer la perception et le taux d'occupation de l'établissement.</li> <li>• Une politique de communication</li> </ul>		

	<p>menée par la direction de l'établissement en interne et en externe pour présenter l'établissement et ses projets.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une grande disponibilité des cadres de l'établissement.</li> <li>• Les partenaires très satisfaits de la collaboration avec l'établissement.</li> <li>• Les partenaires constatent l'évolution positive de l'image de l'établissement.</li> </ul>		
<p>Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenariat avec la médiathèque.</li> <li>• Liens avec les maisons de retraite environnantes.</li> <li>• Projet d'ouvrir l'établissement aux Vergers des Balans pour des consultations mémoire.</li> </ul>		

## 5. Personnalisation de l'accompagnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Prise en compte des besoins et attentes des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des éléments d'informations recueillis à l'admission à l'aide de supports formalisés.</li> <li>• Le recueil de données PAP et le GERONTE renseignés à l'entrée à partir des éléments d'informations recueillis.</li> <li>• Des recueils de données actualisées à J8.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un référent institutionnel n'est pas désigné dès l'admission du résident.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Désigner un référent institutionnel à l'entrée du résident afin de faciliter son intégration.</li> <li>→ Formaliser les PAP pour l'ensemble des résidents, en équipe pluridisciplinaire.</li> <li>→ Associer les résidents et leur entourage à la fixation des objectifs.</li> <li>→ Formaliser des actions précises relatives à la prise en charge globale du résident dans les PAP.</li> <li>→ Intégrer le résident et sa famille à la phase d'évaluation du projet personnalisé et son actualisation.</li> </ul>
Formalisation du projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une procédure et un outil du groupe pour l'élaboration des PAP.</li> <li>• Ces outils ont été présentés aux équipes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les PAP ne sont pas encore formalisés et co-construit avec les usagers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Présenter les PAP à l'ensemble des équipes pour une appropriation et une mise en œuvre des PAP.</li> </ul>
Evaluation et actualisation du Projet personnalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prise en charge est modifiée en équipe, à chaque changement de l'état de santé du résident.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation des PAP non mise en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tendre vers l'utilisation du logiciel TITAN pour l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des PAP.</li> <li>→ Mettre en œuvre un dispositif global d'évaluation, par la détermination des effets attendus et la mise en place d'indicateurs de prise en charge et de mesure de l'atteinte des objectifs.</li> </ul>

## 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'IDEC ou la directrice adjointe se déplacent auprès du SSR et de l'hôpital ou à domicile pour rencontrer le futur résident.</li> <li>• Les outils de la loi du 2 janvier 2002-2 sont présentés par le directeur aux résidents et à sa famille le jour de l'admission.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très peu de visites de préadmission et de visite d'établissement organisées avec le résident</li> <li>• Recherche du consentement non formalisé.</li> <li>• Contractualisation de l'admission par le résident non systématique même en l'absence de mesures de protection juridique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tendre vers l'organisation de visite de l'établissement et de visite de préadmission avant l'entrée afin de rechercher le consentement de la personne et faciliter l'intégration du futur résident.</li> <li>→ Formaliser la recherche du consentement à l'entrée en institution.</li> <li>→ Contractualiser l'admission avec les résidents qui ne bénéficient pas d'une mesure de protection juridique.</li> </ul>
<p>Prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil de la vie sociale mis en place</li> <li>• Fréquence des réunions conforme à la réglementation (trois par an)</li> <li>• Enquêtes de satisfaction réalisées.</li> <li>• Résultats des enquêtes communiqués aux usagers.</li> <li>• Beaucoup d'affichage et de communication avec les familles</li> <li>• Site My Colisée et blog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résidents rencontrés lors de l'intervention sur site connaissent peu le rôle du CVS.</li> <li>• Les commissions des menus et d'animation ne sont pas encore mises en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mettre en place la commission des menus et la commission animation.</li> </ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<p>Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement exclusivement en chambres individuelles</li> <li>• Système de présence au-dessus des portes des chambres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel respectueux de la dignité et de l'intimité des résidents.</li> <li>• Identification des risques liés à la sécurité des biens et des personnes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Personnaliser les procédures groupe relatives aux risques identifiés (fugue...)</li> <li>→ Réaliser une évaluation du circuit du médicament et mettre en place des actions correctives et une procédure sur le circuit du médicament à l'issue de l'évaluation.</li> <li>→ Développer la traçabilité informatique des soins réalisés.</li> </ul>
<p>prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ensemble des protocoles COLISEE ne sont pas encore personnalisés à l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Déployer les fiches d'événements indésirables et mettre en place une analyse des causes des fiches de dysfonctionnement afin de déterminer des actions correctives et préventives plus générales.</li> </ul>
<p>Dispositions mises en place</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bon suivi des prises en charges liées à l'état de santé : la nutrition, prévention de la dépendance, fin de vie</li> <li>• Bonne coordination des soins</li> <li>• La maintenance des bâtiments, la sécurité incendie et la qualité de l'eau sont conformes à la réglementation.</li> <li>• Risque de défaillance électrique maîtrisé</li> <li>• Astreinte des cadres et présence des cadres le week-end</li> <li>• Planification et traçabilités du ménage respecté dans les unités Alzheimer.</li> <li>• Sensibilisation par la cadre aux</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circuit du médicament non évalué.</li> <li>• DARI non réalisé</li> <li>• Plan de pandémie grippale non diffusé</li> <li>• Absence de protocole en lingerie sur la prise en charge du linge parasité.</li> <li>• Absence de respect de la planification de l'entretien des chambres aux étages.</li> <li>• Suite aux audits en cuisine, les plans d'action ne sont pas formalisés et mis en place.</li> <li>• Fiches de dysfonctionnement non déployées aux usagers et aux salariés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Mettre en place un plan d'actions suite aux résultats non satisfaisants des différents audits d'hygiène en restauration.</li> <li>→ Se questionner sur l'organisation de l'entretien des locaux et assurer le respect la planification mise en place.</li> <li>→ Réaliser le DARI et mettre en place un plan d'action à l'issue de l'évaluation.</li> <li>→ Elaborer une charte de la bientraitance</li> <li>→ Diffuser la charte à tout nouveau salarié</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• risques infectieux.</li> <li>• Mise en place des normes HACCP.</li> <li>• Un classeur d'urgence est mis en place, il est à disposition et connu des professionnels.</li> <li>• De nombreuses formations incendies sont réalisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• absence d'analyse des causes formalisée.</li> </ul>	
<p>Risque de maltraitance et prévention de la bientraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations internes sur les risques de maltraitance et la bientraitance ;</li> <li>• L'ARS propose de financer des formations sur des référents bientraitance</li> <li>• Soutien des professionnels au moment des transmissions, et par le psychologue (Groupe de parole ou d'analyse de la pratique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de charte sur la bientraitance</li> </ul>	

## 8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'équipe d'encadrement, présente dans l'établissement depuis moins d'une année est très dynamique et très disponible pour les résidents et les proches. Elle s'est engagée très efficacement dans une démarche qualité et d'amélioration de l'image de l'établissement.

L'établissement a réalisé 102 entrées en 2015 tout en menant de nombreux projets en parallèle :

- l'organisation du travail de tous les professionnels,
- la démarche d'évaluation interne,
- l'élaboration du Projet d'établissement,
- le développement des liens avec les partenaires.

L'ensemble des mesures prises en une année a permis à cet établissement de proposer aux résidents un accompagnement individualisé et de qualité. Toutefois, l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés restent à réaliser conformément aux RBPP.

Les actions à poursuivre par l'établissement dans le cadre sa démarche d'amélioration sont :

- La formalisation d'un projet spécifique pour l'accueil des personnes en unité Alzheimer
- L'informatisation de la planification des soins et la traçabilité systématique
- La planification et la traçabilité du nettoyage des locaux
- L'adaptation des protocoles du Groupe et la diffusion des documents aux professionnels.

Pour aller plus loin dans sa démarche, l'établissement est à inviter à poursuivre et à renforcer la politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	Analyse du déroulement
Modalités d'association des parties prenantes	<p>Nombre de salariés rencontrés : 20</p> <p>Nombre de résidents rencontrés : 6</p> <p>Nombre de familles rencontrées : 2</p> <p>Nombre de partenaires rencontrés : 2</p>
Déroulement de l'évaluation	<p><b>Phase de cadrage :</b> L'ensemble des documents demandés en début de mission a été transmis par l'établissement. Les échanges en amont de la visite ont permis de valider le projet évaluatif et le planning d'intervention.</p> <p><b>Visite sur site :</b> La réunion d'ouverture en présence de l'équipe d'encadrement a permis de présenter les objectifs de l'évaluation et de valider/ajuster le planning de visite. L'intervention sur site s'est déroulée conformément au plan proposé. L'établissement a mis à disposition les documents nécessaires aux évaluateurs. La réunion de clôture a permis de présenter d'une manière globale les points forts et axes d'amélioration de l'établissement, selon les 7 premiers points de l'abrégé. Ces premiers résultats ont été approuvés par la direction.</p> <p><b>Phase de rédaction et de validation du rapport :</b> Les documents et informations recueillies ont permis aux évaluateurs de rédiger leurs constats et de formaliser la synthèse et l'abrégé dans le pré-rapport. Le pré-rapport a été transmis avec un formulaire/ou format word permettant de recueillir les observations/commentaires de la direction. Les éléments de preuve complémentaires ont été apportés et les évaluateurs ont pris en compte la majorité des demandes de la direction pour l'envoi du rapport final. A réception de la conclusion (point 10 de l'abrégé) complétée et signée par le directeur, le rapport définitif a été envoyé à la direction ainsi que les annexes du rapport.</p>
Durée de la mission	<p>Le nombre de jours total de la mission est présenté dans la proposition de mission annexée au rapport.</p> <p>Le nombre de jours sur site est de : 4 jours avec 2 évaluateurs.</p>



## 10. Commentaires de la résidence Les Chaminades sur l'évaluation externe

Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>Le plan d'évaluation est conforme au cahier des charges.</p> <p>L'évaluation s'est déroulée de manière très professionnelle, à l'écoute des agents de terrain mais aussi de l'encadrement.</p> <p>Chaque catégorie d'agents a été rencontrée en prenant soins d'investir le cœur des services à divers moments de la journée.</p> <p>Des résidents, familles et partenaires institutionnels ont également été rencontrés. Cela a permis de croiser les informations, et d'obtenir ainsi une vision au plus juste du terrain.</p>	<p>Le rapport et ses conclusions sont en adéquation avec la réalité de l'établissement, ce qui permet d'être un réel outil managérial.</p> <p>Des propositions en lien avec l'expérience des consultants ont été appréciées.</p> <p>Les préconisations apportées sont concrètes et réalisables, celles-ci vont dans le sens du bien-être du résident et de l'établissement.</p>

Date d'envoi du pré-rapport : 22/07/2016

Date de validation du rapport final : 24/08/16

Signature du directeur :



## 5. LA SYNTHÈSE

### INTRODUCTION

#### **1. La démarche d'évaluation interne**

Un référentiel et une méthodologie utilisés qui permettent d'évaluer les prestations et l'organisation de l'établissement de façon participative avec les salariés.

Un Plan d'action global d'établissement élaboré. Le suivi du plan est à planifier.

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

Les RBPP sont connues de l'équipe de direction. Elles sont prises en compte lors de l'élaboration ou l'actualisation des procédures et des documents. Elles sont mises à disposition des salariés. La RBPP relative à la bientraitance a été présentée par l'IDEC. Elles sont encore peu connues des professionnels.

### A/ LES CONDITIONS D'ELABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE (PEPS) ET L'ORGANISATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE OU DE L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

#### **3 Le PE : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions**

La trame du PE en cours de finalisation prend en compte la RBPP spécifique « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».

Le PE est actualisé, de façon participative avec les salariés et les usagers.

Le projet d'animation et un projet spécifique pour les Unités Alzheimer restent à élaborer.

Le PE validé sera à diffuser largement afin qu'il devienne un document de référence pour les salariés, les partenaires et la population accueillie.

#### **4. L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention**

L'établissement est en cours de négociation de la convention tripartite avec les autorités de tutelle.

L'ARS a pris en compte l'augmentation du Pathos et du GMP depuis le début des négociations.

L'établissement est en attente de la validation de moyens supplémentaires par le conseil départemental.

Les moyens demandés permettront à l'établissement d'assurer la prise en charge de la population accueillie.

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

La résidence recrute du personnel compétent et diplômé. De nombreuses formations sont proposées à l'ensemble des professionnels.

Après une période de fort turn-over, l'équipe soignante se stabilise. Il existe un pool de remplaçants.

**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.**

Différents supports sont remis aux nouveaux salariés leur facilitant leur prise de poste. Le livret d'accueil du salarié est en cours de finalisation. L'informatisation des supports est à poursuivre.

**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.**

Le psychologue apporte un soutien individuel lorsque des événements difficiles surviennent dans l'établissement.

Il met en place des groupes d'analyse de la pratique.

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

Le rapport d'évaluation interne, le rapport d'activité mensuel, le rapport médical, les enquêtes de satisfaction sont des données qualitatives et quantitatives qui permettent de caractériser la population accompagnée et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement.

Les données disponibles ne sont pas encore croisées pour en dégager des indicateurs de mesure des effets de l'accompagnement sur les résidents et dans la mise en œuvre du projet personnalisé.

**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 d'accompagnement personnalisés sont cohérents avec les objectifs opérationnels déclinés dans le projet d'établissement.

## **B /L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE SUR SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL, GEOGRAPHIQUE, SOCIOCULTUREL ET ECONOMIQUE**

### **10. Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne.**

Les partenariats développés dans le cadre du soin et de la vie sociale contribuent à assurer la continuité de la prise en charge et le développement de liens sociaux pour les personnes accueillies.

Les partenariats entretenus dans le cadre de la vie sociale ne sont pas formalisés par la signature d'une convention.

L'ensemble des partenariats ne fait pas l'objet d'un bilan et d'une évaluation annuelle.

Des échanges intergénérationnels et avec les personnes âgées de la commune sont à poursuivre.

### **11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS.**

La politique de communication, déployée par le groupe Colisée et la direction de l'établissement a permis d'améliorer très significativement la perception de l'établissement vis-à-vis des usagers et des partenaires.

### **12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne.**

La coordination est effectuée par le médecin coordonnateur et l'IDEC. Le médecin coordonnateur n'organise pas encore de commission gériatrique.

Les médecins traitants et les kinésithérapeutes utilisent l'informatique pour réaliser les ordonnances et tracer la prise en charge.

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

Des sorties à l'extérieur sont organisées par l'animatrice. Le prêt d'un minibus par France Alzheimer, facilite l'organisation des sorties.

Des échanges avec d'autres EHPAD sont organisés.

Les familles sont conviées à des manifestations et reçoivent de nombreuses informations de la part de l'établissement.

## 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.**

La méthodologie d'élaboration des PAP prend en compte en grande partie la RBPP spécifique.

Les recueils de données des PAP sont renseignés. En revanche, les PAP ne sont pas encore finalisés.

**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.**

Les usagers sont associés au recueil de données et à son actualisation.

Ils devront être associés à la détermination des objectifs du PAP.

**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.**

La prise en soins est actualisée et modifiée dès que l'état de santé ou de dépendance du résident évolue.

L'évaluation formalisée des PAP n'est pas encore mise en place dans l'établissement.

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

Ces modalités sont inscrites dans le règlement de fonctionnement remis aux usagers, mais le règlement de fonctionnement ne fait pas l'objet d'une explication systématique à tout nouveau résident accueilli.

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

La perception des usagers est prise en compte par le biais des enquêtes de satisfaction, des réunions collectives avec les familles et du CVS.

**19. Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement**

Le CVS est mis en place. La direction apporte des réponses aux questions posées et des améliorations aux dysfonctionnements constatés. Les ordres du jour sont à élaborer avec les membres du CVS.

La commission « Menu » et la commission animations sont à mettre en place.

## D/ LA GARANTIE DES DROITS ET LA POLITIQUE DE PREVENTION 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.**

Les salariés sont polis, frappent aux portes avant d'entrer. Une présence est allumée lorsqu'ils font les soins.

Très peu de visites de préadmission sont organisées et la recherche du consentement n'est pas formalisée.

### **21. Les modalités de traitement et d'analyse des événements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance.**

Une procédure et une fiche permettant de signaler les événements indésirables existent. Elles ne sont pas encore utilisées par les salariés et les usagers.

Les dysfonctionnements sont traités, mais ne font pas l'objet d'une analyse des causes permettant la mise en place d'actions correctives ou préventives générales.

### **22. La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels.**

Les risques relatifs aux spécificités des usagers ont été identifiés dans le projet d'établissement. Des dispositifs sont mis en place pour prévenir ces risques, certaines procédures sont à personnaliser.

Les contrôles réglementaires sur les bâtiments sont mis en œuvre et respectés.

Le DARI n'a pas encore été réalisé par l'établissement.

Les formations sur la bientraitance et les risques de maltraitance sont organisées en interne. Elles sont à systématiser au profit de l'ensemble des salariés de l'établissement.

Les procédures sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance existent dans la gestion documentaire de Colisée et sont disponibles au sein de la résidence.



## **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le département de la Dordogne**

**ET**

**L'association La Compassion, gestionnaire de l'EHPAD « La Feuilleraie »**

## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat .....	6
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire.....	7
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	7
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	7
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	7
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	10
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence .....	10
4.4 - Engagements du gestionnaire.....	11
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit .....	11
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ....	12
4.7 Les frais de siège.....	13
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 13	
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	13
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	15
5) Le suivi et l'évaluation du contrat .....	15
6) Le traitement des litiges.....	17
7) La révision du contrat.....	17
8) La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	17
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	17
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	17
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	18



Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré les autorisations d'activités couvertes par le CPOM :

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, représentée par Monsieur Benoit ELLEBOODE, Directeur Général, dénommée ci-après Agence Régionale de Santé ;

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

Et,

L'association « La Compassion » représentée par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit M. Jacques LECHENE, son président.

## **Visas et références juridiques :**

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

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

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

**Vu** le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne Personnes Agées 2014 - 2019 ;

**Vu** la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) ;

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**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 octobre 2021, 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 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

## **Il a été conclu ce qui suit :**

### **Préambule :**

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, le département de la Dordogne et l'Association La compassion 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'association La Compassion gestionnaire de l'EHPAD La Feuilleraie et repose notamment sur :

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

# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

---

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
  - Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS : 60.000.426
  - Statut juridique de l'entité gestionnaire : association
  - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : gestion d'établissements et services médico-sociaux
  - Organisation du siège : ci-joint en annexe
  - Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : l'Ehpad La Feuilleraie
  
- Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM
  - Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : 44 lits par arrêté du 27 avril 2017
  - Projet(s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu(s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM : 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 : 240009407
  
- Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)
  - Pour les EHPAD non habilités :  
« L'EHPAD La Feuilleraie n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ».

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

Convention CH VAUCLAIRE

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

En Dordogne, l'association La Compassion est signataire d'un seul CPOM pour son seul établissement du département.

Il n'existe aucun lien avec les autres CPOM signés par l'association.

## **3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE**

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et coordination ;
- Repositionnement de l'offre et innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et management de la qualité.

## **4) MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM**

*Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.*

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

### **4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM**

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

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

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

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

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

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

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge, dont la durée est fixée par les textes, durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

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

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

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

Le forfait global soins de l'EHPAD La Feuilleraie relève du tarif global sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

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

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

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

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

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Au forfait global dépendance, s'ajouteront les recettes tirées de l'activité des places d'hébergement temporaire ainsi que des places d'accueil de jour.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

#### **4.1.3 – dispositions communes aux financeurs**

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

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

L'association La Compassion peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 procéder librement au cours de l'exercice à :

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

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

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

## 4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

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

- l'Assurance-maladie, d'une part,
- le département, d'autre part,

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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/21** (avant notification budgétaire 2021, en cours) 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).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 1/01/2021(en €)</b>	<b>Dont forfait global de soins HP</b>	<b>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA, FI.COMP)</b>
240009407	LA FEUILLERAIE	607 191,19 €	584 218,34 €	FI.COMP (Ségur CTI) : 22 972,85 €



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

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations dépendance au 1/01/ 2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240009407	LA FEUILLERAIE	232 508.99	232 508.99	

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

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

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

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

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

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

#### **4.4.. - Engagements du gestionnaire**

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité à un taux minimum de 95 %
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

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

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de Dordogne – ARS Nouvelle Aquitaine
- L'association La Compassion signataire du contrat.

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

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

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

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

**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).

Ainsi il est convenu une fongibilité totale des résultats et de leurs affectations.

Les résultats excédentaires sont affectés par ordre de priorité :

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,

3) Enfin sur les volets suivants :

■ Volet investissement :

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

■ Volet Qualité

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (Ex *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, formation..)

■ Volet Ressources humaines

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

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

## 4.7 Les frais de siège

Sans objet

## 4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Sans objet

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

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :
  - un déséquilibre financier significatif et prolongé,
  - ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

# TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

---

## 5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

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

- Documents à produire :

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

❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

- un EPRD conforme à l'article R 314-213 du CASF :
- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

❖ L'association dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

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

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1 s'agissant de l'ERRD, et au 8 juillet de l'année N+1 s'agissant de l'ERCP.

- ❖ L'association transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

*A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.*

- [Les dialogues de gestion](#)

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

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

- [Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :](#)

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du

point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DE LA (DES) CONVENTION(S) TRIPARTITE(S) PLURIANNUELLE(S) PREEXISTANTE(S) AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de EHPAD suivant signataire.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1<sup>o</sup> 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

Le Président du  
Conseil départemental  
de la Dordogne

Le représentant de l'établissement

## TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

---

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

### ➤ LISTE DES ANNEXES

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

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé
- 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 : Synthèse et abrégé de l'évaluation externe



ASSOCIATION LA COMPASSION  
11 rue Jean Monnet  
60 000 BEAUVAIS

## DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

**EHPAD LA FEUILLERAIE**

**13 rue Léo Lagrange**

**24430 RAZAC SUR L'ISLE**



## Table des matières

<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
2.1.2. Situation financière du gestionnaire .....	3
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM .....	6
2.2.1. Evaluations internes et externes.....	6
2.2.2. Coopérations et conventions.....	6
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	8
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS.....	9
2.2.5. Innovations en santé .....	9
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>10</b>
3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE .....	10
3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) .....	10
3.1.2. Analyse des données du tableau de bord .....	10
3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES.....	10
3.2.1. Activité - EHPAD LA FEUILLERAIE.....	10
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD LA FEUILLERAIE.....	11
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD LA FEUILLERAIE.....	11
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD LA FEUILLERAIE .....	30
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD LA FEUILLERAIE .....	33
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>38</b>

## 1. PÉRIMÈTRE DU CPOM

FINESS	Raison Sociale ETABLISSEMENT/SERVICE	Statut public/privé	Capacités autorisées à la date d'effet du CPOM	Capacités installées à la date d'effet du CPOM	Dotations Globalisées Communes
240009407	LA FEUILLERAIE	PRIVE	44	44	563 956
TOTAL					563 956

## 2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

### 2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

#### 2.1.1. Mutualisation

Existence d'un siège du gestionnaire : Oui

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège : oui

Préciser notamment :

- Date d'autorisation : 1<sup>er</sup> janvier 2010
- Durée : Renouvelable tous les 5 ans
- Qui est l'autorité de tarification compétente : CD 60
- Modalités de fixation des frais de siège (*à chiffrer*) : Enveloppe définie par le CD 60 + % des dépenses pour les établissements Hors Oise (+/-3%)
- Activités financées dans le cadre de l'autorisation : Direction Générale, Pôle Financier (Facturation + Comptabilité générale), Pôle RH, Gestion informatique et des risques de l'ensemble de l'association, Directrice des soins, Pôle Qualité.
- Nombre d'ESMS concernés par les frais de siège : 8 EHPAD, 2 SSIAD, 9 Résidences Autonomie.

Personnel financé par les frais de siège au CA n-1

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
ADMINISTRATIFS	21	20.17	1 273 275
<b>TOTAL</b>	21	20.17	1 273 275

#### 2.1.2. Situation financière du gestionnaire

Résultats comptables du siège

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes	1 629 231	1 639 081	1 577 381
Dépenses	1 828 776	1 688 732	1 668 973
<b>Net</b>	- 199 545	- 49 651	- 91 592
Retraitements comptables ( <i>variation des congés payés, reprises...</i> )			
<b>RESULTAT A AFFECTER</b>			

Bilan financier du siège N-1 et N-2

**ANNEXE 8 : CADRE NORMALISÉ DE PRÉSENTATION DU BILAN FINANCIER D'UN  
ÉTABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE  
L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

<b>N° FINESS / Nom de l'établissement ou service</b>	<b>600000426</b>		<b>LA COMPASSION - SIEGE</b>		
<b>BIENS</b>	<b>N-2</b>	<b>N-1</b>	<b>FINANCEMENTS</b>	<b>N-2</b>	<b>N-1</b>
<b>Biens stables</b>			<b>Financements stables</b>		
Immobilisations incorporelles nettes	103 465.35	84 817.77	Apports ou fonds associatifs		
Immobilisations corporelles brutes :			Réserves des plus-values nettes (1)		
- Terrains	150 000.00	150 000.00	Excédents affectés à l'investissement	40 704.14	12 036.80
- Constructions	1 176 995.19	1 176 995.19	Subventions d'investissements		
- Installations techniques, matériels et outillages	352 352.74	360 036.13	Réserve de compensation des charges d'amortissement	1 117 904.68	
- Autres immobilisations corporelles			Provisions pour renouvellement des immobilisations		
Immobilisations en cours			Provisions réglementées sur plus-values nettes d'actif	4 618.19	4 618.19
Immobilisations financières	215 819.91	219 660.41	Emprunts et dettes financières		
Amortissements comptables excédentaires différés (2)			Dépôts et cautionnements reçus	1 850.00	1 850.00
Charges à répartir			Amortissements des immobilisations :		
Autres			- Constructions	68 776.61	68 776.61
			- Installations, matériels et outillages techniques	200 493.88	278 962.87
			- Autres immobilisations corporelles		
Compte de liaison investissement			Autres (3)		
			Compte de liaison investissement		
<b>Total II</b>	<b>1 998 633</b>	<b>1 991 510</b>	<b>Total I</b>	<b>1 434 348</b>	<b>366 244</b>
<b>Fonds de roulement d'investissement négatif (I-II)</b>	<b>564 286</b>	<b>1 625 265</b>	<b>Fonds de roulement d'investissement positif (I-II)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Actifs stables d'exploitation</b>			<b>Financements stables d'exploitation</b>		
Report à nouveau déficitaire (4)	287 497.26	49 651.24	Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR		
Résultat déficitaire (4)	45 905.59	143 668.95	Réserves de compensation des déficits	856 280.36	27 302.00
Droits acquis par les salariés, non provisionnés (5)		30 951.60	Résultat excédentaire (4)		
Autres		195 640.09	Report à nouveau excédentaire affecté à (4) :		
			- Réduction des charges d'exploitation	49 199.85	48 591.33
			- Financement des mesures d'exploitation	150 000.00	
			Provisions pour risques et charges	33 575.28	2 238.72
			Fonds dédiés		
			Autres		
Compte de liaison trésorerie (stable)	4 403 763.76	2 997 654.48	Compte de liaison trésorerie (stable)	7 072 251.00	7 877 799.09
<b>Total IV</b>	<b>4 737 167</b>	<b>3 417 566</b>	<b>Total III</b>	<b>8 161 306</b>	<b>7 955 931</b>

<b>Fonds de roulement d'exploitation négatif (III-IV)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Fonds de roulement d'exploitation positif (III-IV)</b>	<b>3 424 140</b>	<b>4 538 365</b>
<b>Fonds de roulement net global négatif</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Fonds de roulement net global positif</b>	<b>2859854</b>	<b>2913100</b>
<b>Valeurs d'exploitation</b>			<b>Dettes d'exploitation</b>		
Stocks			Avances reçues		
Avances et acomptes versés	64 605.81		Fournisseurs d'exploitation	54 378.52	49 951.78
Organismes payeurs, usagers	534.00		Dettes sociales	286 698.80	287 513.39
Créances diverses d'exploitation	71 650.44	45 262.43	Dettes fiscales	33 115.60	34 166.31
Créances irrécouvrables en non-valeur (6)			Dettes diverses d'exploitation	464.00	925.14
Charges constatées d'avance	7 529.22	37 394.47	Dépréciation des stocks et créances		
Dépenses pour congés payés (7)			Produits constatés d'avance		
Autres	13 519.21		Ressources à reverser à l'aide sociale		
			Fonds déposés par les résidents		
			Autres		
Compte de liaison d'exploitation			Compte de liaison d'exploitation		
<b>Total VI</b>	<b>157 839</b>	<b>82 657</b>	<b>Total V</b>	<b>374 657</b>	<b>372 557</b>
<b>Besoin en fonds de roulement (VI-V)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Excédent de financement d'exploitation (VI-V)</b>	<b>216 818</b>	<b>289 900</b>
<b>Liquidités</b>			<b>Financements à court terme</b>		
Valeurs mobilières de placement	2 851 754.76	2 774 928.07	Fournisseurs d'immobilisations		
Disponibilités	224 917.75	428 071.40	Fonds des majeurs protégés		
Autres			Concours bancaires courants		
			Ligne de trésorerie		
			Intérêts courus non échus		
			Autres		
Compte de liaison trésorerie			Compte de liaison trésorerie		
<b>Total VIII</b>	<b>3 076 673</b>	<b>3 202 999</b>	<b>Total VII</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Trésorerie positive (VIII-VII)</b>	<b>3 076 673</b>	<b>3 202 999</b>	<b>Trésorerie négative (VIII-VII)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)</b>	<b>9 970 311</b>	<b>8 694 732</b>	<b>TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)</b>	<b>9 970 311</b>	<b>8 694 732</b>

(1) : Concerne les établissements publics : compte 1064

(2) : Compte 1161

(3) : Exemple : résultats non contrôlés ou non affectés par des tiers financeurs

(4) : Sous contrôle de tiers financeurs

(5) : Compte 1163 : compte épargne-temps (CET), provisions pour départ à la retraite non provisionnés en application du 3° de l'article R. 314-45 du code de l'action sociale et des familles

(6) : Concerne les établissements publics

(7) : Compte 1162, concerne les établissements privés

## 2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

### 2.2.1. Evaluations internes et externes

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

#### Evaluation interne

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations internes
LA FEUILLERAIE	31 DECEMBRE 2013	31 DECEMBRE 2018

#### Evaluation externe

ESMS couverts par le CPOM	Dates de Réalisation	Echéances des futures évaluations externes
LA FEUILLERAIE	NOVEMBRE 2014	NOVEMBRE 2021

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

ESMS couverts par le CPOM	Eléments innovants issus des évaluations	Autres éléments innovants	Transposition aux autres ESMS
LA FEUILLERAIE	Référent soignant par résident		Non
	Livret de vie		En cours

### 2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		Au cas par cas en fonction des résidents le nécessitant
Une équipe mobile de gériatrie		X	
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		Au cas par cas en fonction des résidents le nécessitant
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Nouvelle convention à partir de janvier 2019
Un établissement de santé		X	
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale	X		CH Vauclaire
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	En cours
Autres EHPAD		X	En cours (Ehpad de St Léon sur l'Isle et de Villamblard)

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?
Equipe mobile de soins psychiques	Conseils sur le prise en soins de résidents avec des pathologies psychiques lourdes sans recours à l'UCC en systématique	Recourir à leurs compétences plus souvent	Coopération active mais trop ponctuelle
Paroisse	Messe une fois par mois avec la présence d'au moins un bénévole		Nécessaire pour nos résidents
Bibliothèque de Razac	Lecture auprès des résidents une fois par mois avec la présence de 2 à 3 résidents	Mettre à disposition des familles et résidents une boîte à lire	Coopération active
Espace Jeunes de Razac	Présence de collégiens au sein de l'établissement une fois par trimestre	Construire un projet commun pour pérenniser leurs interventions	Coopération en perte de vitesse
Photographe	Mise en lumière de la personne âgée lors de séances de photographies (1 fois par an)		Coopération ponctuelle et à la demande
VMEH	Réseau de bénévoles intervenant en Ehpad. Ils sont au nombre de 3 chez nous. Ils viennent discuter avec les résidents		Coopération très active
RIMAF	Mutualisation des actions de formations à l'échelle du territoire	Augmenter le recours au RIMAF pour limiter les frais liés aux formations	Coopération en démarrage
Fonds départemental d'art contemporain	La culture s'invite à l'intérieur de l'ehpad. Les résidents en bénéficient directement	Augmenter le recours au fonds départemental d'art contemporain concernant le prêt d'oeuvre	Coopération ponctuelle
Agence culturelle départementale	Ateliers photographiques et arts plastiques prévus sur l'année 2020	Planification des interventions	Coopération ponctuelle

La participation de l'Ehpad à la construction du GCSMS est en cours. Nous avons participé aux réunions de recensement de besoins / offres en termes de besoins en ressources humaines. La prochaine réunion sera en mars afin de savoir si le GCSMS verra le jour ou non.

En outre, une coopération entre ehpad du même territoire est en train de voir le jour (Ehpad St Léon sur l'Isle et Ehpad de Villablard). A ce jour, pas de mutualisation de moyens avec d'autre(s) ESMS formalisée.

Cependant, dans une logique de territoire, et parce que les problématiques sont très souvent convergentes, une convention de coopération est en cours de signature avec les EHPAD de St Léon sur l'Isle et de Villablard. Il pourra s'agir de fluidifier le parcours d'un résident (possibilité d'admission dans l'attente d'une entrée), mais également optimiser et/ou mutualiser des actions.

Dans un premier temps, il s'agira de renforcer notre coopération, renforcer nos échanges sur les méthodes de travail, le partage d'expérience. Dans un deuxième temps, il s'agit de rechercher la mutualisation des postes et la création d'un pool de remplaçants.

### 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 FEUILLERAIE	LA	Annualisation du temps de travail, CET, Prévoyance, Complémentaire santé, accord GPEC	Emploi des travailleurs handicapés, Egalité H/F	Annualisation du temps de travail

#### 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		Professionnalisation du personnel, Innovation, anticipation des besoins futurs,	Qualification	Professionnalisation du personnel, Innovation, anticipation des besoins futurs,
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?	X		Accord GPEC (2017)		
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?	X		Révision des Coefficients pour les AS, AES, AMP sur 3 ans (dispositif conventionnel)	Promouvoir la formation des Hôtelières vers le métier d'Aide-soignant.	
Adéquation du personnel aux missions ?	X		Embauche de personnel qualifié et diplômé pour les soins aux résidents	Difficulté de recrutement liée à la conjoncture	



### 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
<b>ANNEE N :</b> ESMS LA FEUILLERAIE	1	<b>1 Médecin</b>	0.00€ (pas assez d'ancienneté)	?
<b>ANNEE N + 1 :</b> ESMS LA FEUILLERAIE				
<b>ANNEE N + 2 :</b> ESMS LA FEUILLERAIE	1	<b>1 Aide-soignante</b>	3 832.57 €	<b>Remplacement</b>
<b>ANNEE N + 3 :</b> ESMS LA FEUILLERAIE				
<b>ANNEE N + 4 :</b> ESMS LA FEUILLERAIE	<u>0.53</u>	<u>1 AMP</u>	8 766.87 €	<u>Remplacement</u>
<b>TOTAL</b>	3			
Provisions déjà constituées			<b>10 082.14 €</b>	
<b>RESTE FINANCER</b>			<b>2517.30 €</b>	

#### 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 ?
Formateur interne PRAP	Amélioration des TMS		Mutualisation des pratiques et Gestion des coûts
Formateur interne SIAP	Formation incendie, Evacuation		Mutualisation des pratiques et Gestion des coûts
Formations regroupées (AFGSU, Convergent, Medisys Medical, secrétariat, responsable logistique et qualité, infirmière coordinatrice, animation, gestion de l'agressivité du résident, Carpe Diem...)	Malgré les petites tailles de nos établissements, nous dispensons la même formation à nos salariés en regroupant plusieurs sites	Se relocaliser en Dordogne afin de limiter les frais de déplacements, Toulouse étant encore à 3h de route aller. Quant à Beauvais, cela semble trop loin pour les salariés et trop coûteux pour l'établissement.	Formations identiques au sein de l'Association La Compassion mais de trop grandes distances gêne la mise en place d'une réelle efficacité.

#### 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...*) ? Non.

### 3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

#### 3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données.

Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

##### 3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance) cf. Annexe

##### 3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS LA FEUILLERAIE	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation	Privé non lucratif Taille familiale	Adjoindre un service d'Ehpad Hors les Murs	L'Ehpad nécessite d'être déployé sur l'extérieur
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Formation Carpe Diem	La traçabilité Créer une aile spécifique à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes	Inscrit dans le projet d'établissement également
Axe n°2 : Ressources humaines	Personnel très investi	Taux d'absentéisme	Le taux d'absentéisme se justifie à cause des difficultés de recrutement sur des postes non pourvus ce qui épuise les équipes en place
Axe n°3 : Finances et budget	Investissement fort	Atteindre le seuil de rentabilité	Le bâtiment vétuste est gourmand en investissement pour une petite capacité d'accueil des résidents
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	L'évaluation externe est réalisée	L'évaluation interne est à réaliser	En attente de la refonte de la démarche qualité pour le secteur du médico-social en 2020

#### 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

##### 3.2.1. Activité - EHPAD LA FEUILLERAIE

##### Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	16 060	NC	NC
Journées réalisées	15 639		
Taux d'occupation	98 %		

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux : L'établissement fonctionne uniquement sur le bouche à oreille et sur Via trajectoire. Il y a nécessité de développer les parcours de l'utilisateur et de l'inscrire dans les filières de soins de manière à ce que l'établissement soit identifié et connu par les professionnels de santé.

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

Actuellement, nous avons une liste d'attente d'une petite dizaine de dossiers. Les besoins sur le territoire seraient la création d'une unité spécifique dédiée aux personnes handicapées vieillissantes.

### 3.2.2. Ressources humaines - EHPAD LA FEUILLERAIE

Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre ment	Héberge ment	Dépenda nce	soin	Postes non pourvu s (ETP)	Postes compens és par des vacation s /CDD ou autres
Direction/administration	2.00		2.00				
Services généraux	0.75		0.75			0.25	0.25
Animation	0.57		0.50			0.07	
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	6.87		3.99	2.24		0.64	0.64
Aide-soignant- AMP-ASG	12.30			2.67	8.44	1.19	1.19
Psychologue	0.25			0.20		0.05	
Infirmière	3.67				3.35	0.32	0.32
Auxiliaires médicaux							
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.25				0.25		
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>26.66</b>		<b>6.99</b>	<b>5.11</b>	<b>12.04</b>	<b>2.52</b>	

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 9 alors qu'il y a théoriquement 15 médecins traitants

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
Cadre et non Cadre	20,25 %	11 %	7

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle : 4 personnes sont en longue maladie depuis au moins 1 an et demi pour chacune d'entre elles (1 IDEC, 2 IDE (AT), 1 animatrice). Sur les postes infirmiers, cela génère des frais d'intérim mettant en péril l'équilibre budgétaire de la structure. En effet, les postes IDE en Ehpads sont peu attractifs, et en CDD, ils le sont encore moins. En outre, l'intérim ne parvient pas toujours à trouver des IDE si bien que la sécurité des soins sur la structure peut être compromise. Cela a fait l'objet d'un EIG signalé à l'ARS en juillet 2018.

### 3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD LA FEUILLERAIE

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

**RAPPORT FINANCIER**  
**COMPTE ADMINISTRATIF 2016**  
**EHPAD La Feuillaie à Razac**

*Le budget Hébergement EHPAD La Feuillaie*

	Réel 2015	Budget Exécutoire 2016	Réel 2016	Ecart Budget Exécutoire 2016 / Réel 2016
Groupe I : exploitation courante	141 814	245 924	267 321	21 397
Groupe II : personnel	436 081	336 123	292 546	-43 577
Groupe III : structure	281 434	294 728	421 079	126 351
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>859 329</b>	<b>876 775</b>	<b>980 946</b>	<b>-104 171</b>
Produits de la tarification	871 365	876 775	891 474	14 699
Recette en atténuation	25 473	0	36 122	36 122
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>896 838</b>	<b>876 775</b>	<b>927 596</b>	<b>50 821</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>37 509</b>
---------------------------	---------------

<b>-53 350</b>
----------------

**Les Charges liées à l'Hébergement :**

Le total des charges prévues est de 877 K€, le réalisé s'élève à 981 K€ soit un dépassement de 104 K€.

**Au Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

Les charges d'exploitation s'élèvent à 267 K€ pour un budget de 246 K€, soit une dépense supplémentaire de 21 K€.

- Dépassement de 4 K€ du poste « eau » avec une charge de 15 K€.
- Economie de 2 K€ sur le poste « chauffage Gaz » avec une charge de 18 K€
- Dépassement de 4 K€ des achats de produits d'entretien
- Economie de 22 K€ sur les achats de fournitures diverses (administratives, matériels, etc...)
- Economie de 15 K€ sur le poste de « sous-traitance »
- Economie de 4 K€ sur les frais de déplacements avec une charge de 6 K€
- Economie de 4 K€ sur les frais d'affranchissements et télécommunications avec une charge de 4 K€.
- Economie de 13 K€ sur le blanchissage du linge à l'extérieur avec une charge de 12 K€
- Dépassement de 71 K€ sur le poste alimentation à l'extérieur. Le budget de ce poste était nul. Les cuisines ont été externalisées, ce qui déplace la charge de personnel de cuisine du Groupe 2 vers le Groupe 1.

## **Au Groupe 2 : Dépenses de personnel**

Le Groupe 2 s'élève à 293 K€ pour un budget de 336 K€, soit une économie de 44 K€. Il s'élevait à 436 K€ en 2015.

Nous relevons les postes suivants :

- Dépassement de 16 K€ sur les honoraires dont 3 K€ d'honoraires de commissaires aux comptes pour la reprise de l'EHPAD par l'Association La Compassion au 1<sup>er</sup> janvier 2016, ainsi que 13K€ d'honoraires d'avocats pour préparer la dissolution de la SAS en faveur d'une absorption par l'Association.
- Economie de 60 K€ sur les charges de personnel avec une charge de 273 K€ et un budget de 333 K€. Cela concerne la masse salariale, notamment avec l'externalisation des cuisines, donc de personnel vers le Groupe 1, comme évoqué ci-dessus.

## **Au groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure**

Les charges de structure s'élèvent à 421 K€ pour un budget de 295 K€, soit dépassement de 126 K€.

Les principales charges sont les suivantes :

- Dépassement de 9 K€ des postes « location immobilières », cette variation est due à la hausse de la taxe foncière du site.
- Dépassement de 6 K€ sur les postes de location mobilière, notamment les lits, d'où la décision d'acheter des lits médicalisés, qui sont comptabilisés en investissement sur 2016.
- Dépassement de 11 K€ pour la location du linge, non prévu au budget
- Dépassement de 33 K€ en charges d'entretien et en dotations aux amortissements. Cela concerne les travaux effectués au sein de l'EHPAD.
- Dépassement de 47 K€ pour l'aide à la gestion et la mise à disposition des autorisations.avec une charge totale de 148 K€
- Dépassement de 16 K€ pour la provision IFC 2016 non prévue au budget, comptabilisée pour homogénéiser le traitement comptable des départs en retraite avec la même méthode que La Compassion.

### **Les Produits liées à l'Hébergement :**

**Le budget accordé prévoyait un total de produits s'élevant à 877 K€, et le réalisé est de 927K€ soit +50 K€.**

#### **Groupe 1 : Produits de la tarification**

Les produits de tarification s'élèvent à 892 K€ contre 877K€ prévu au budget, soit une différence de 15 K€.

Le nombre de journées réalisé s'élève à 15 545, soit 96.53% d'occupation.

#### **Groupe 2 et 3 : Recettes en atténuation**

Les recettes en atténuation sont de 36 K€ alors que nulle prévue au budget, soit un excédent de 36 K€, dont 23 K€ de refacturations diverses (repas, linge,...), 1 K€ de produits exceptionnels dont cession de mobilier, 4 K€ de reprises de provision de créances résidents douteuse antérieure à 2016.

<b>Le résultat <u>comptable</u> de l'hébergement est de :</b>
---

<b>Produits – Charges</b>	<b>- 53 K€</b>
---------------------------	----------------

**Il n'y a pas de reprise sur réserves.**

**La variation de la provision congés payés est de - 8 K€.**

<b>Le résultat <u>à affecter</u> de l'hébergement est de :</b>
--

<b>Produits – Charges</b>	<b>- 61 K€</b>
---------------------------	----------------

*Le budget Dépendance Ehpad La Feuilleraie*

	Réel 2015	Budget Exécutoire 2016	Réel 2016	Ecart Budget Exécutoire 2016 / Réel 2016
Groupe I : exploitation courante	26 217	19 724	23 168	3 444
Groupe II : personnel	145 974	179 174	185 852	6 678
Groupe III : structure	-	-	15 731	15 731
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>172 191</b>	<b>198 898</b>	<b>224 751</b>	<b>-25 853</b>
Produits de la tarification	170 001	200 716	190 755	-9 961
Recette en atténuation	-		312	312
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>170 001</b>	<b>200 716</b>	<b>191 067</b>	<b>-9 649</b>
Reprise de Résultat		-1 818	-1 818	
<b>Résultat Comptable</b>	<b>-2 190</b>		<b>-35 502</b>	

**Les Charges liées à la Dépendance**

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 199 K€, le réalisé s'élève à 225K€ soit un dépassement de 26 K€.

**Au Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

Les dépenses afférentes à l'exploitation courante s'élèvent à 3 K€

- Dépassement de 1 K€ sur le poste « produits d'entretien »
- Dépassement de 2 K€ du blanchissage du linge à l'extérieur

**Au Groupe 2 : Dépenses de personnel**

Les dépenses de personnel s'élèvent à 186 K€ pour un budget de 179 K€, soit un dépassement de 7K€. Cela concerne la masse salariale, notamment avec le surcoût des remplacements d'ASH et AS.

**Au Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure**

Les dépenses liées à la structure s'élèvent à 16 K€ pour un budget nul.

- Dépassement de 5 K€ pour la location du linge, non prévu au budget
- Dépassement de 11 K€ pour la provision IFC 2016 non prévue au budget

**Les produits liés à la Dépendance**

Les produits de la tarification s'élèvent à 191 K€ pour un budget de 201 K€ soit une variation de -10 K€.

<b>HEBERGEMENT</b>	<b>RAZAC</b>
Nbre Journées Prévues	15 610
Nbre Journées Réalisées	15 545
<b>Ecart</b>	<b>- 65</b>

<b>DEPENDANCE</b>	<b>RAZAC</b>
<b>GIR 1</b>	3 093
<b>GIR 2</b>	4 560
<b>GIR 3</b>	2 555
<b>GIR 4</b>	3 161
<b>GIR 5</b>	2 062
<b>GIR 6</b>	0
<b>TOTAL</b>	<b>15 431</b>

Entre l'Hébergement et La Dépendance, nous constatons une différence du nombre de jours relatifs aux absences sans Dépendance (hospitalisations de + 30 jours et vacances AS).

L'écart entre le nombre de journées hébergement et dépendance se décompose ainsi :

**Le résultat comptable Dépendance est de :**  
**Produits – Charges : - 34 K€**

**Le résultat déficitaire antérieur est repris pour - 2 K€**  
**La variation de provision congés payés est de -6 K€.**

**Le résultat à affecter de la Dépendance est de :**  
**Produits – Charges -42 K€**

	<b>RAZAC</b>	
	Dépt	Hors Dépt
Absences hospis/vacances (payants)	114	
Absences hospis/vacances (AS)		
moins de 60 ans		
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>0</b>

*Le budget soins EHPAD La Feuilleraie*

	<b>Réel 2015</b>	<b>Budget Exécutoire 2016</b>	<b>Réel 2016</b>	<b>Ecart Budget Exécutoire 2016 / Réel 2016</b>
Groupe I : exploitation courante	25 339	20 115	29 199	9 084

Groupe II : personnel	438 305	498 750	385 956	-112 794
Groupe III : structure	91 093	-	115 019	115 019
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>554 737</b>	<b>518 865</b>	<b>530 174</b>	<b>-11 309</b>
Produits de la tarification	521 821	518 865	603 273	84 408
Recette en atténuation	1 412			0
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>523 233</b>	<b>518 865</b>	<b>603 273</b>	<b>84 408</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>-31 504</b>	<b>73 099</b>
-------------------------------	----------------	---------------

### Les charges liées aux Soins

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 519 K€, le réalisé s'élève à 530 K€ soit 11 K€ de dépenses supplémentaires.

#### **Au groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

Les charges d'exploitation s'élèvent à 29 K€ pour 20 K€ de budget, soit 9 K€ de dépassement, provenant du poste dispositifs médicaux qui s'élève à 26 K€ pour un budget de 20 K€ et dépassement de 3 K€ pour la collecte des déchets DASRI non prévue au budget.

#### **Au groupe 2 : Dépenses de personnel**

Les charges de personnel s'élèvent à 386 K€ pour 499 K€ de budget, soit 113 K€ d'économie sur la masse salariale, due aux postes notamment le poste de Médecin Coordinateur.

#### **Au groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure**

Les charges de structure s'élèvent à 115 K€. Elles étaient nulles au budget.

- La location du matériel médical s'élève à 7 K€
- Les investissements effectués pour l'aménagement de la salle de soins et l'achat de matériel médical (lits, chariot de soin) engendrent un surplus de dotations aux amortissements de 3 K€.
- La provision d'IFC est de 20 K€
- Le crédit médicalisation de 84 K€ est venu majorer les produits de tarification et a été affecté en réserves en vue de compenser les charges d'amortissements soins des exercices futurs, d'où cette charge supplémentaire au Groupe 3.

### Les produits liés aux Soins

Ils s'élèvent à 603 K€ contre 522 K€ en 2015.

Le résultat <u>comptable</u> Soins est de :
<b>Produits – Charges</b>

**73 K€**

Il n'y a pas de reprise sur réserves.

La variation de la provision congés payés est de -11 K€.



Le résultat à affecter du soin est de :  
**Produits – Charges**                      **62 K€**

**RAPPORT FINANCIER**  
**COMPTE ADMINISTRATIF 2017**  
**EHPAD LA FEUILLERAIE DE RAZAC**

L'EHPAD La Feuilleraie située à RAZAC a été intégré à La Compassion au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

*Le budget Hébergement EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	267 321	292 504	332 457	<b>39 953</b>
Groupe II : personnel	292 546	309 333	332 649	<b>23 316</b>
Groupe III : structure	421 079	332 582	408 741	<b>76 159</b>
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>980 947</b>	<b>934 419</b>	<b>1 073 847</b>	- <b>139 428</b>
Produits de la tarification	891 474	916 919	921 729	<b>4 810</b>
Recette en atténuation	36 121	17 500	33 393	<b>15 893</b>
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>927 596</b>	<b>934 419</b>	<b>956 122</b>	<b>21 703</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>-53 351</b>	<b>-118 725</b>
---------------------------	----------------	-----------------

**Les Charges liées à l'Hébergement :**

Le total des charges prévues est de 934 4 K€, le réalisé s'élève à 1 073.8 K€ soit un dépassement de 139.4 K€.

**Au Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	267 321	292 504	332 457	<b>39 953</b>

Au niveau du groupe 1, il est constaté un dépassement de 40 K€ entre le réalisé et le budget prévisionnel 2017 essentiellement dû à la sous-évaluation du budget prévisionnel :

Les dépassements notables sont les suivants :

- Dépassement de 18.9 K€ des charges d'alimentation. Le budget accordé était de 189.4 K€, nous avons une charge de 208.3 K€ sur 2017. Ce dépassement est en partie compensé par des recettes en atténuation d'un montant de 5 K€ relatif à la refacturation des repas aux familles et aux salariés.
- Dépassement de 7.7 K€ sur les fluides (électricité, eau et chauffage) pour atteindre en 2017 une dépense globale de 52.6 K€ pour un budget accordé de 44.9 K€ (réalisé en 2016 : 43.7 K€).
- Dépassement de 9.5 K€ sur le poste de blanchissage à l'extérieur, avec un montant de charges de 24.5K€ pour un budget accordé de 15 K€.
- Dépassement de 2.3 K€ pour l'achat de produits lessiviels avec un montant de charges de 5.8K€ pour un budget accordé de 3.5 K€.
- Nous constatons une charge de 6.6 K€ pour la collecte des déchets sanitaires, cette dépense n'était pas prévue au budget prévisionnel.

Nous constatons une économie de 6.3 K€ sur les achats de fournitures diverses (administratives, matériels, etc...) ainsi que 1 K€ sur les frais de déplacements

Les autres postes sont stables et conformes au budget prévisionnel.

### Au Groupe 2 : Dépenses de personnel

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe II : personnel	292 546	309 333	332 649	23 316

Au niveau du groupe 2, il est constaté un dépassement de charges de 23.3 K€ entre le réalisé et le budget prévisionnel 2017.

Nous constatons des dépassements de budget sur les honoraires de l'expert-comptable qui a clos les comptes de la SASU La Feuilleraie au 30/06/2017 pour un montant de 3 K€ ainsi que le commissaire aux comptes pour un montant de 2.6 K€. Nous constatons aussi 9 K€ d'honoraire d'avocats pour l'accompagnement de la TUP vers la compassion pour un montant de 9.1 K€. Enfin la formation à l'organisation de La Compassion par organis system a coûté 12.2 K€.

La masse salariale globale sur la section hébergement semble stable. Nous avons bénéficié au titre du CICE d'un montant de 4.4 K€, ainsi que 2.9 K€ pour le CITS.

### Au groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe II : structure	421 079	332 572	408 741	76 159

Au niveau du groupe 3, il est constaté un dépassement global de 76.1 K€ entre le réalisé et le budget prévisionnel 2017.

L'ensemble des postes de charges sont en dépassement sur ce groupe. Nous relevons les dépassements les plus significatifs comme, la taxe CFE payée lors de la SASU pour 10.1 K€, les dotations aux amortissements pour 22.2 K€, les charges d'intérêts sur emprunts pour 11K€, le poste entretien et réparations pour 8.9 K€ et une provision pour créance douteuse de 8.6 K€.

**Les Produits liées à l'Hébergement :**

**Le budget accordé prévoyait un total de produits s'élevant à 934.4 K€, et nous avons réalisé 955.1 K€ soit + 20.7 K€.**

**Groupe 1 : Produits de la tarification**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Produits de la Tarification	891 474	916 919	921 729	4 810

Pour 2017 les produits de tarification s'élèvent à 408.7 K€, en diminution de 12.3 K€ par rapport à 2016 (421 K€). L'écart entre le réalisé (408.7 K€) et le montant budgété (332.6 K€) est de + 76.1 K€.

Le nombre de journées réalisé s'élève à 15 642, contre 15 257 prévu au budget, soit + 375 jours

**Groupe 2 et 3 : Recettes en atténuation**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Recettes en atténuation	36 121	17 500	33 393	15 893

Les recettes en atténuation de 2017 sont en diminution par rapport à 2016. En effet, celles-ci passent de 36.1 K€ à 33.4 K€ soit une baisse de 2.7 K€ entre les deux exercices. Aussi, par rapport au budget prévisionnel 2017 (17.5 K€), le budget est en excédent de 15.9 K€.

Ces recettes en atténuation pour l'exercice 2017 se décomposent ainsi :

- 16.6 K€ de refacturations de repas (salariés/invités) et du forfait linge auprès de nos résidents
- 12.5 K€ de reprise de provision IFC
- 0.9 K€ de contrat avenir
- 4 K€ de produits exceptionnels sur exercices antérieurs

**Le résultat comptable de l'hébergement est de :**

**Produits – Charges - 118.7 K€**

**Il n'y a pas de reprise sur réserves.**

**La variation de la provision congés payés est de - 7.6K€.**

**Le résultat à affecter de l'hébergement est de :**

**Produits – Charges - 126.3 K€**

*Le budget Dépendance EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	23 168	23 499	26 802	3 303
Groupe II : personnel	185 852	199 578	201 445	1 867
Groupe III : structure	15 731		12 694	12 694
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>224 752</b>	<b>223 077</b>	<b>240 941</b>	<b>- 17 864</b>
Produits de la tarification	190 755	215 577	185 977	29 600
Recette en atténuation	312	7 500	10 359	2 859
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>191 068</b>	<b>223 077</b>	<b>196 336</b>	<b>- 26 741</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>-33 684</b>
---------------------------	----------------

<b>-44 605</b>
----------------

**Les Charges liées à la Dépendance**

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 223.1 K€, le réalisé s'élève à 240.9 K€ soit un dépassement de 17.8 K€.

**Au Groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	23 168	23 499	26 802	3 303

Les dépenses afférentes à l'exploitation courante s'élèvent à 26.8 K€. Ces dépenses dépassent le budget accordé de 3.3 K€. Nous observons un dépassement des charges de blanchisserie pour un montant de 4.1 K€ ainsi que sur les produits lessiviels pour 1 K€. En revanche nous réalisons des économies sur les achats liés à l'incontinence pour 1.9 K€.

**Au Groupe 2 : Dépenses de personnel**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe II : personnel	185 852	199 578	201 445	1 867

Au niveau du groupe 2, il est constaté un dépassement global de 1.9 K€ entre le réalisé et le budget prévisionnel 2017. Ce dépassement est surtout causé par la masse salariale (+4 K€), les provisions sociales comptabilité notamment pour congés payés (+3.8 K€) et pour l'annualisation (+3.1 K€). Nous avons bénéficié au titre du CICE d'un montant de 6 K€, ainsi que 3.9 K€ pour le CITS.

### Au Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe III :structure	15 731		12 694	12 694

Les dépenses liées à la structure s'élèvent à 12.7 K€ pour un budget nul, ces dépenses correspondent à la dotation aux amortissements

### Les produits liés à la Dépendance

#### Au Groupe 1 : Produits de tarification

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Produits de la Tarification	190 755	215 577	185 977	29 600

Les produits de la tarification s'élèvent à 186 K€ pour un budget de 215.6 K€ soit une variation de -29.6 K€.

HEBERGEMENT	LA FEUILLERAIE
Nbre Journées Prévues	15 257
Nbre Journées Réalisées	15 642
<b>Ecart</b>	<b>+ 385</b>

DEPENDANCE	LA FEUILLERAIE
GIR 1	1 504
GIR 2	6 149
GIR 3	2 195
GIR 4	3 804
GIR 5	1 955
GIR 6	0
<b>TOTAL</b>	<b>15 607</b>

Entre l'Hébergement et La Dépendance, nous constatons une différence du nombre de jours relatifs aux absences sans Dépendance (hospitalisations de + 30 jours et vacances AS).

L'écart entre le nombre de journées hébergement et dépendance se décompose ainsi :

**Au groupe 2 et 3 : recettes en atténuation**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Recettes en atténuation	312	7 500	10 359	2 859

Les recettes en atténuation s'élèvent à 10.3 K€ pour un prévisionnel de 7.5 K€.

Elles se décomposent de la façon suivante :

- 3.4 K€ de produits sur exercices antérieurs
- 4.7 K€ de prestation de forfait linge.
- 2.3 K€ de reprises sur provision IFC.

**Le résultat comptable Dépendance est de :**

**Produits – Charges : - 44.6 K€**

Il n'y a pas de reprise sur réserves.

La variation de provision congés payés est de +3.9 K€.

**Le résultat à affecter de la Dépendance est de :**

**Produits – Charges - 40.7 K€**

	LA FEUILLERAIE	
	24	HORS 24
Absences hospis/vacances (payants)	35	
Absences hospis/vacances (AS)		
Hébergement Temporaire		
<b>TOTAL</b>	35	

*Le budget soins EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	29 199	29 500	15 501	13 999
Groupe II : personnel	385 956	497 049	445 530	51 519
Groupe III : structure	30 611	6 000	27 647	21 647
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>445 766</b>	<b>532 549</b>	<b>488 678</b>	<b>- 43 871</b>
Produits de la tarification	518 865	532 549	532 549	0
Recette en atténuation	0	0	6 045	6 045
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>518 865</b>	<b>532 549</b>	<b>538 593</b>	<b>6 045</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>73 099</b>	<b>49 915</b>
---------------------------	---------------	---------------

Les charges liées aux Soins

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 532.5 K€, le réalisé s'élève à 488.7 K€ soit une économie de 43.8 K€.

**Au groupe 1 : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe I : exploitation courante	29 199	29 500	15 501	13 999

Les charges d'exploitation d'élèvent à 15.5 K€ pour 29.5 K€ de budget, soit 14 K€ d'économie. L'économie réalisée sur le budget dispositifs médicaux s'élève à 11.9 K€ ; le poste s'élève à 14.1 K€ pour un budget autorisé de 26 K€. (réalisé en 2016 : 25.7 K€).

**Au groupe 2 : Dépenses de personnel**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe II : personnel	385 956	497 049	445 530	51 519

Les charges de personnel s'élèvent à 445.5 K€ pour 497 K€ de budget soit une économie de 51.5 K€, le réalisé 2016 était de 386 K€. Cette économie est la cause d'emplois non pourvus ou partiellement pourvus sur 2017, faute de candidat.

Ces emplois non pourvus créent des dépassements de charges sur les postes intérimaires (15.6 K€).

Nous avons bénéficié au titre du CICE d'un montant de 9.6 K€, ainsi que 6.3 K€ pour le CITS.

### **Au groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Groupe III :structure	30 611	6 000	27 647	21 647

Les charges de structure s'élèvent à 27.6 K€ pour un budget de 6 K€. En 2016, elles étaient de 30.6 K€.

Elles correspondent notamment à :

- 7.2 K€ de provision IFC.
- 14.8 K€ pour un litige prud'homal.
- 3.3 K€ de dotation aux amortissements.

### **Les produits liés aux Soins**

#### **Groupe 1 : Les produits de tarification**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Produits de la tarification	518 865	532 549	532 549	0

Ils s'élèvent à 532.5 K€ contre 518.9 K€ en 2016, soit une évolution de +13.6 K€.

#### **Groupe 2 et 3 : Les Recettes en atténuation**

	Réel 2016	Budget Exécutoire 2017	Réel 2017	Ecart Budget Exécutoire 2017 / Réel 2017
Recettes en atténuation			6 045	6 045

Elles s'élèvent à 6 K€ en 2017. Elles correspondent à :

- 2.9 K€ de produits exceptionnels sur exercices antérieurs
- 3.1 K€ de reprises sur provision IFC.

**Le résultat comptable Soins est de :**

**Produits – Charge + 49.9 K€**

Il n'y a pas de reprise sur réserves.

La variation de la provision congés payés est de 7.2 K€.

**Le résultat à affecter du soin est de :**



Produits – Charges	+57.1 K€
--------------------	----------

**Investissements réalisés sur l'exercice 2017 : 2.7 K€**

- Divers :

- o 2 lits pour unité Alzheimer 2 K€
- o 1 Sur-matelas 0.7 K€

**RAPPORT FINANCIER**  
**COMPTE ADMINISTRATIF 2018**  
**EHPAD La Feuilleraie à RAZAC**

*Le budget Hébergement EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2017	Budget Exécutoire 2018	Réel 2018	Ecart Budget Exécutoire 2018 / Réel 2018
Groupe I : exploitation courante	332 457	345 325	320 829	- 24 496
Groupe II : personnel	332 649	282 967	296 565	+ 13 599
Groupe III : structure	408 741	337 893	373 861	+ 35 968
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>1 073 847</b>	<b>966 185</b>	<b>991 256</b>	<b>+ 25 071</b>
Produits de la tarification	921 729	948 510	946 786	- 1 724
Recette en atténuation	33 394	17 675	25 172	+ 7 497
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>955 122</b>	<b>966 185</b>	<b>971 958</b>	<b>+ 5 773</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>- 117 725</b>
---------------------------	------------------

<b>- 19 298</b>
-----------------

**Les Charges liées à l'Hébergement :**

Le total des charges prévues était de 966 K€, le réalisé quant à lui s'élève à 991 K€ soit un dépassement de 25 K€.

**Au Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante : - 24.5 K€**

Nous constatons sur ce groupe d'importantes économies, notamment au niveau des postes « eau » pour 5.5K€, « chauffage et électricité » pour 5.5K€, « fournitures d'entretien » pour 11.6K€ et « alimentation extérieur » pour 2.3K€.

**Au Groupe II : Dépenses de personnel : + 13.6 K€**

Augmentation constatée sur les honoraires d'avocat et de CAC pour 10.9K€. Au niveau de la masse salariale, le budget a été sous-évalué sur le poste de secrétaire qui bénéficie d'une prime différentielle (+ 9.2K€). Nous avons fait des économies sur les postes d'animateur pour 4.9K€ et d'ouvrier technique pour 3.7K€.

**Au Groupe III : Dépenses afférentes à la structure : + 36 K€**

Nous constatons une augmentation de l'entretien des bâtiments (4.8K€) et du matériel (12.3K€), de la maintenance (6.8K€), des assurances (1.8K€) et des dotations aux amortissements (4.8K€). Enfin nous avons provisionné des créances douteuses à hauteur de 1.4K€.

**Les Produits liés à l'Hébergement :**

**Le budget accordé prévoyait un total de produits s'élevant à 966 K€, et nous avons réalisé 972 K€ soit une hausse de 6 K€.**

**Groupe I: Produits de la tarification -1.7 K€**

Pour 2018 les produits de tarification s'élèvent à 947 K€, en augmentation de 25 K€ par rapport à 2017 (922 K€). L'écart entre le réalisé (947 K€) et le montant budgété (949 K€) est de - 2 K€. L'activité est identique à celle de 2017. TO 2017 : 97.40% contre TO 2018 : 97.38%.

**Groupe II et III : Recettes en atténuation + 7.5 K€**

Les recettes en atténuation de 2018 sont en baisse par rapport à 2017. Elles sont à + 7.5 K€ par rapport au prévisionnel avec + 2K€ d'IJSS et + 5.5K€ de produits exceptionnels.

**Le résultat comptable de l'hébergement est de :**

<b>Produits – Charges</b>	<b>- 19.3 K€</b>
---------------------------	------------------

**Il n'y a pas de reprises sur réserves.**

**La variation de la provision congés payés est de +1 K€.**

**Le résultat à affecter de l'hébergement est de :**

<b>Produits – Charges</b>	<b>- 18.3 K€</b>
---------------------------	------------------

*Le budget Dépendance EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2017	Budget Exécutoire 2018	Réel 2018	Ecart Budget Exécutoire 2018 / Réel 2018
Groupe I : exploitation courante	26 802	29 160	30 771	+ 1 611
Groupe II : personnel	201 445	192 163	194 577	+ 2 413
Groupe III : structure	12 694		1 167	+ 1 167
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>240 941</b>	<b>221 323</b>	<b>226 515</b>	<b>+ 5 192</b>
Produits de la tarification	185 977	219 576	192 588	- 26 988
Recette en atténuation	10 359	1 747	7 091	+ 5 344
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>196 336</b>	<b>221 323</b>	<b>199 679</b>	<b>- 21 644</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>- 44 605</b>
---------------------------	-----------------

<b>- 26 836</b>
-----------------

**Les Charges liées à la Dépendance**

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 221 K€, le réalisé s'élève à 226 K€ soit un dépassement de 5 K€.

**Au Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante**

Les dépenses afférentes à l'exploitation courante s'élèvent à 30.8 K€. Ces dépenses sont en augmentation de 1.6 K€ par rapport au budget accordé. Cette hausse se situe au niveau des produits liés à l'incontinence (+1.7K€).

**Au Groupe II : Dépenses de personnel**

Au niveau du groupe II, il est constaté un dépassement de 2.4 K€ entre le réalisé et le budget prévisionnel 2018. Ce groupe est bien maîtrisé, cette hausse est en partie causée les provisions de fin d'exercice.

**Au Groupe III : Dépenses afférentes à la structure**

Les dépenses liées à la structure s'élèvent à 1.2 K€. Nous n'avons pas de budget accordé pour ce groupe. Il s'agit d'une provision pour IFC (0.7K€) et de dotations aux amortissements (0.5K€).

**Les produits liés à la Dépendance**

**Au Groupe I : Produits de tarification**

Les produits de la tarification s'élèvent à 193 K€ en 2018 pour 220 K€ en 2017, soit une baisse de 27 K€.

HEBERGEMENT	2018
Nbre de journées Prévues	15 257
Nbre de journées Réalisées	15 639
Ecart	<b>+ 382</b>

DEPENDANCE	2018
GIR 1	0
GIR 2	6 179
GIR 3	2 368
GIR 4	5 425
GIR 5	1 575
GIR 6	0
<b>TOTAL</b>	<b>15 547</b>

Entre l'Hébergement et La Dépendance, nous constatons une différence du nombre de jours relatifs aux absences sans Dépendance (hospitalisations de + 30 jours et vacances).

**Au groupe II et III : recettes en atténuation**

Les recettes en atténuation s'élèvent à 7 K €. Ces recettes sont entre autre pour +1.8€ d'IJSS et 3.5 K€ d'autres produits.

**Le résultat comptable Dépendance est de :**

**Produits – Charges : - 26.8 K€**

**Il n'y a pas de reprises sur réserves.**

**La variation de provision congés payés est de -1.5 K€.**

**Le résultat à affecter de la Dépendance est de :**

**Produits – Charges - 28.3 K€**

*Le budget soins EHPAD La Feuilleraie*

	Réel 2017	Budget Exécutoire 2018	Réel 2018	Ecart Budget Exécutoire 2018 / Réel 2018
Groupe I : exploitation courante	15 501	29 500	7 759	- 21 741
Groupe II : personnel	445 530	503 189	592 183	+ 88 995
Groupe III : structure	27 647	12 031	12 648	+ 617
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>488 679</b>	<b>544 720</b>	<b>612 590</b>	<b>+ 67 870</b>
Produits de la tarification	532 549	529 071	529 071	0
Recette en atténuation	6 045		6 518	+ 6 518
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>538 594</b>	<b>529 071</b>	<b>535 589</b>	<b>+ 6 518</b>

<b>Résultat Comptable</b>	<b>+ 49 915</b>	<b>- 77 000</b>
---------------------------	-----------------	-----------------

### Les charges liées aux Soins

Le budget accordé prévoyait un total de charges d'un montant de 545 K€, le réalisé s'élève à 613 K€ soit une économie de 68 K€.

#### Au groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante

Les charges d'exploitation d'élèvent à 7.8 K€ pour 29.5 K€ de budget, soit 21.7 K€ d'économie. Les économies réalisées se font sur les dispositifs médicaux (-21 K€).

#### Au groupe II: Dépenses de personnel

Les charges de personnel s'élèvent à 592.2 K€ pour 503.2 K€ de budget soit un dépassement de 89 K€, le réalisé 2017 était de 445.5 K€. Ces dépassements sont en partie sur les postes d'intérimaires pour 85.2 K€.

#### Au groupe III: Dépenses afférentes à la structure

Les charges de structure s'élèvent à 12.6 K€ pour un budget de 12 K€, ce qui est conforme aux prévisions. En 2017, elles étaient de 27.6 K€.

### Les produits liés aux Soins

#### Groupe I : Les produits de tarification

Ils s'élèvent à 529 K€ contre 532 K€ en 2017, soit une baisse de 3 K€.

#### Groupe II et III : Les Recettes en atténuation

Elles s'élèvent à 6.5 K€ contre 6 K€ en 2017. Elles correspondent à des IJSS.

**Le résultat comptable Soins est de :**

**Produits – Charge - 77 K€**

Les reprises sur réserves s'élèvent à 15.6 K€.

La variation de la provision congés payés est de + 8 K€.

Le résultat à affecter du soin est de :

Produits – Charges - 53.4 K€

*Les investissements de EHPAD La Feuilleraie sur l'année 2018 : 6 466 €*

<b>MOBILIER DE BUREAU</b>		<b>1 535 €</b>
- Borne de Consultation Publique	1 535 €	
<b>MOBILIER MEDICAL</b>		<b>4 931 €</b>
- 3 Fauteuil Rea Azalea	2 968 €	
- Lit Alzheimer	1 963 €	

Suite à l'annonce en décembre 2018 de la « prime Macron » défiscalisée, le président de l'association a décidé de verser à chaque salarié éligible une prime allant jusqu'à 300 €. Coût global sur l'établissement : 6 562 €

**Réalizations d'investissements sur 2018-2019-2020 :**

- Aménagement accessibilité des accès extérieurs : création de deux places de parking PMR, réfection de la route et des parkings en enrobé, réaménagement du rond-point intérieur, création des canalisations d'électrification du portail arrière.
- Remplacement du portail d'entrée
- Enlèvement des poteaux électriques au sein du parc
- Réfection des plafonds des couloirs
- Mise aux normes électriques des couloirs
- Aménagement intérieur des couloirs
- Achat d'une machine à laver, d'une plateforme de pesée, de tablettes et de blocs carte vitale
- Achat d'un logiciel de soins, d'un logiciel de gestion d'emploi du temps, d'un logiciel de gestion de la restauration.
- Aménagement d'un local de stockage des médicaments

Projets en cours de mise en œuvre :

- Remplacement de la centrale incendie

Projets en cours d'étude :

- Aménagement d'une lingerie
- Mise aux normes des salles de bain

Projets en cours de réflexion :

- Remplacement du système appel-malade et téléphonie
- Sécurisation renforcée des deux portails

**3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD LA FEUILLERAIE**

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

ESMS xxx	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à
----------	----------------------	--------------	--------------------------	-----------------------------

				<b>l'ensemble des ESMS</b>
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	Oui	Complet	A actualiser	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	Oui	Standard	A adapter aux valeurs de l'Association	
Contrat de séjour	Oui	Complet	Rendre lisible	Transposable
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	Oui			Transposable
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	Oui	3 par an	Impliquer davantage les familles	
Règlement de fonctionnement	Oui			
Projet d'établissement	Oui	Récent et en cohérence avec les valeurs de l'Association	A mettre à jour tous les ans	
<b>PLAN D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>				
Démarche qualité mise en place pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans l'établissement	Oui	Carpe diem	A décliner dans la prise en soins	Transposable
Projet d'accompagnement personnalisé	Oui	100 % réalisé et actualisés une fois par an au minimum	A inclure davantage dans la prise en soins	Transposable
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	Non		A mettre en place	
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	Oui	Remontées d'informations immédiate et suivi via AGEVAL (en cours de déploiement)	Signalement de cas de maltraitance à retravailler	
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	Oui	Suivi mensuel et reprend toutes les actions listées dans les documents réglementaires ainsi que les actions dans les commissions menu et animation.	A déployer dans AGEVAL	
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	oui	Lors des temps d'échanges avec les soignants, reprise du référentiel en cas de questionnaire sur la prise en soins	Accentuer encore le réflexe de s'y référer.	
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				

Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	oui	Gestion informatisée via AGEVAL	S'approprier l'outil en cours de déploiement	Transposable
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Oui	Dès l'entrée, sensibilisation à ce sujet avec explications et remise des directives anticipées	A systématiser	
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	Juin 2019	Rythme de vie du résident respecté  Faible niveau de dépendance  Personnel formé Carpe Diem  Sophrologie déployée	Rendre les plans de soins plus lisibles  Diminuer le recours à la contention  Homogénéiser les pratiques  Suivre les indicateurs de soins  Stabiliser les IDE	
Livret thérapeutique en place	Non		A créer	
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	Oui	Informatisé	Créer un document rendant le plan de soin exploitable	
Protocole risque de chute	Non		A créer	
Prévention et prise en charge des escarres	Oui	Recours au positionnement en systématique	Accentuer les massages par les soignants	
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	Non		A mettre en place	
Prise en charge de la douleur	Oui	Utilisation de Doloplus	A tracer	
Accompagnement de la fin de vie	Oui	Convention avec les soins palliatifs		
Prise en charge de la dénutrition	Oui	Suivi des résidents dénutris par une IDE référente en lien avec la responsable Nutrition	Individualiser les protocoles proposés par la nutritionniste.	
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	Oui	Sophrologie permet de faire baisser les angoisses liées au décès	A développer et diversifier	

### Circuit du médicament



L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li> <li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li> <li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li> <li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li> <li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li> <li>- L'informatisation du circuit du médicament</li> <li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les médecins traitants se montrent peu à l'écoute</b></li> <li>- <b>Préparation robotisée : Medissimo par alvéole avec une vérification des traitements à l'arrivée de la pharmacie puis lors de la distribution.</b></li> <li>- <b>Robotisation</b></li> <li>- <b>Photo + nom sur le pilulier et sur le dossier administratif : lors de la distribution les infirmières croisent les ordonnances avec les piluliers sur lesquels figurent une photo du résident ainsi que son nom et son prénom.</b></li> <li>- <b>Espace de stockage des médicaments fermé à clé, réfrigérateur réservé aux médicaments en salle de soins</b></li> <li>- <b>Medissimo est un système dont les accès sont complètement sécurisés.</b></li> <li>- <b>Ces erreurs font systématiquement l'objet d'une FEI étudiée une fois par semaine en réunion interdisciplinaire. Mais désormais, très peu d'erreurs médicamenteuses.</b></li> </ul>

### 3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD LA FEUILLERAIE

Intitulé FICHE ACTION	Actions	Objectifs	Moyens de preuves	Echéance	Pilote	Etat réalisation	Commentaires
Organiser des modalités d'association effective des usagers, des salariés, des familles à la gouvernance de l'établissement	Réactivation du CVS	réactiver les échanges entre familles et établissement	Réunions + CR	31122019	Responsable d'établissement	oui	3 CVS en 2019
Organiser des modalités d'association effective des usagers, des salariés, des familles à la gouvernance de l'établissement	Mise en place d'un groupe de paroles entre familles	réactiver les échanges entre familles et établissement	Réunions + CR + feuilles de présence	31122020	Responsable d'établissement	non	Les relations bonnes au quotidien avec les familles ainsi que la présence de la responsable de

							site ne nécessite plus de maintenir cette action
Organiser les circuits de décision au sein de l'ehpad permettant d'adapter la prise en charge des résidents, d'associer les proches et tenir compte des ressources disponibles	Circuit de décision identifié et organisé	faciliter les prises de décisions	Organigramme, DUD	31122020	Directeur Général	En cours	organigramme effectué mais pas de DUD, échéance reportée car changement de DG
Organiser les circuits de décision au sein de l'ehpad permettant d'adapter la prise en charge des résidents, d'associer les proches et tenir compte des ressources disponibles	Protocoles à diffuser	Prise de décision facilitée y compris en l'absence de direction	Liste des protocoles et protocoles	31122020	Responsable d'établissement	oui	Protocoles de gestion de l'urgence diffusés et mise en place d'une astreinte administrative
Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance	Formation du personnel CARPE DIEM	Favoriser la bientraitance et la remise en questions des pratiques	Formation CARPE DIEM EN 2016	31122019	Responsable d'établissement	oui	personnel formé en 2016, réactivation des acquis une fois par an proposée.
Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Révision du plan d'animation et du temps consacré à l'animation	cibler l'animation en fonction des capacités cognitives des résidents	embauche d'un mi-temps animation	31122019	Responsable d'établissement	oui	embauche de Mme Garnier Sylvie en 2016
Mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents	Développer la participation de bénévoles	Augmenter le temps d'animation non payé	Signature partenariat avec VMEH	31122019	Responsable d'établissement	oui	Conventions de bénévoles signés avec 2 participants Participation de la bibliothèque un jeudi par mois Partenariat avec l'espace

							Jeunes de Razac
S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	Formaliser une procédure de traitement des El identifiée par le personnel	Favoriser la remontée d'informations	Embauche d'une personne dédiée à la qualité au Siège	31122019	Directeur Général	oui	Embauche de Mme Lebesgue en mars 2018 à temps plein
S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité	Mise en œuvre d'un PAQ	piloter la qualité	Constitution d'un PAQ	31122019	Responsable d'établissement	oui	création du PAQ le 23 juillet 2018, mis à jour le 14 janvier 2020
Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et de réalisation de prestations de qualité	Mise en place d'une GPEC à 5 ans	pilotage RH	Mise en place d'entretiens individuels	31122020	Directeur Général / Responsable d'établissement	En cours	
Construire et exécuter le budget prévisionnel dans un objectif permanent d'équilibre budgétaire et de réalisation de prestations de qualité	Mise en adéquation du roulement des équipes et de l'équilibre budgétaire	équilibre budgétaire	Pas de construction budgétaire concertée	31122019	Directeur Général / Responsable d'établissement	oui	lettre de cadrage budgétaire et co-construction budgétaire pour l'année 2020
Développer une politique de recrutement et de formation adaptée	élaborer une grille d'entretien d'embauche et une procédure accueil du nouveau salarié	stabilisation RH	procédure accueil nouveau salarié	31122019	Responsable RH Association	oui	Déploiement de la nouvelle procédure depuis août 2019
Développer une politique de recrutement et de formation adaptée	Formation du personnel au logiciel de soins	favoriser les transmissions ciblées	Déploiement de Medisys Medical	31122019	Directeur Général	oui	Mise en place en janvier 2019

Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaines	Politique d'analyse et de prévention de l'absentéisme	stabilisation rh	CHSCT	31122019	Directeur Général	oui	nouvelles élections pour mise en place du CSE EN NOVEMBRE 2019
Structurer et stabiliser la gestion et l'organisation des ressources humaines	Mise en place de l'évaluation annuelle professionnelle	stabilisation rh	support entretiens	31122019	Directeur Général	oui	2017-2018-2019
S'inscrire dans une ou plusieurs démarches d'achat mutualisés, permettant de réaliser de potentielles économies d'échelle	Formalisation de partenariat avec d'autres structures similaires	baisse des coûts de déplacement	convention signée Inscription dans le RIMAF	31122019	Responsable d'établissement	oui	à voir sur le budget 2020
S'inscrire dans une ou plusieurs démarches d'achat mutualisés, permettant de réaliser de potentielles économies d'échelle	Mutualiser le temps de psychologue		embauche d'une psychologue à 20 %	31122019	Directeur Général	oui	Gestionnaire Achats embauché en janvier 2018.
Transmettre le rapport médical annuel à l'ARS selon le modèle et les modalités définies au niveau régional	écrire le rapport et le transmettre via GALAAD		Identifiant Galaad	31122019	Médecin coordonnateur	oui	embauche d'un médecin coordonnateur en sept 2017, démission au 01/09/2019, Dr Doom.
Développer la qualité des prescriptions médicamenteuses et le circuit du médicament	circuit du médicament instauré	sécurisation du circuit du médicament	Nouvelle convention pharmacie Local pharmacie dédiée	31122019	Responsable d'établissement	oui	Mise en place de Medissimo en janvier 2019
Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique	Inclusion dans le contrat cadre Medirest	Pilotage par la Responsable Nutrition	référénte nutrition dédiée, Mme Zomeno, aide	31122019	Responsable d'établissement	oui	Déploiement du pilotage à partir de mars 2019
Personnaliser l'accompagnement	Recueil de l'histoire de vie et	améliorer l'accueil	Livret de vie	31122020	Responsable	oui	

	l'intégrer au dossier administratif				d'établissement		
Personnaliser l'accompagnement	Formaliser la procédure de révision des projets de vie			31122019	Directeur Général	oui	incluse dans la nouvelle procédure des PIV
Assurer l'accompagnement de fin de vie	Finaliser le protocole de fin de vie	renforcer l'accompagnement de fin de vie		31122020	Directeur Général	non	échéance à repousser
Assurer l'accompagnement de fin de vie	Elaborer les projets de vie en incluant la fin de vie			31122020	psychologue	non	échéance à repousser
Améliorer la coordination avec les professionnels libéraux intervenants dans l'établissement	Présence des idées et programmation des passages des médecins, cahier de liaison pour les paramédicaux	améliorer la coordination de soins		31122019	Responsable d'établissement	oui	réalisé en 2019
Organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours par le biais de relations formalisées	Inscription de l'établissement dans la maia et le clic	fluidifier le parcours patient		31122019	Directeur Général	oui	Disparition des clics en Dordogne, Maia contactée mais peu réactive avec les partenariats. Viatrajectoire fluidifie les parcours.
Organiser des partenariats permettant de fluidifier le parcours par le biais de relations formalisées	Convention de partenariat avec l'école communale et les jeunes de razac	lien intergénérationnel		31122019	Responsable d'établissement	oui	Pas de convention mais l'Espace Jeunes de Razac vient

Contribuer à la politique de soutien à domicile des personnes âgées du territoire	Mise en disposition de documentation et inscription de l'établissement dans l'ehpad ressources	faciliter les arrivées du domicile		31122019	Responsable d'établissement	oui	Inscription dans l'ehpad ressources depuis 2018, mise à dispo de docs à l'accueil depuis septembre 2019
Participer à Via-trajectoire	Inscrire les cadres en administrateurs	augmenter le nombre de dossiers à l'entrée		31122019	Directeur Général	oui	Etablissement visible sur via-trajectoire

#### 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 ?

Nous proposons un passage à la dotation globale sans PUL.

Nous proposons une augmentation de capacité pour atteindre 80 lits afin d'intégrer une unité fermée ainsi que la création d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes, créée déjà dans l'un de nos établissements de l'Oise sur Domfront.

En outre, conscients de notre rôle d'acteur du territoire, nous avons à cœur de devenir une plateforme de services en intégrant notamment du relayage (en se basant sur notre expérience de la Chapelle de Guinchay), un accueil de jour (ets Oise), une petite unité de vie (comme à Broye), une résidence autonomie (ouverte sur Toulouse et La Chapelle de Guinchay).

Ces projets ont pu voir le jour grâce au concours des autorités de tarification ainsi que grâce au soutien financier de la CPAM et des Mutuelles notamment dans le cas du relayage.

- 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) ? Non.
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ? Non

**AXE 1 : Parcours et coordination****Fiche Action n°1 : Structuration de la continuité du parcours**

Référent (personne ou institution) : IDEC

<b>Constat du diagnostic</b>	Le parcours de soins d'une personne âgée peut parfois être compliqué : de la prise en soins à domicile à l'entrée en institution.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique) + date</b>	Améliorer la continuité du parcours de nos aînés (domicile, EHPAD/SSIAD...)
<b>Description de l'action</b>	Créer un partenariat avec la Plateforme territoriale d'appui grand Périgueux pour maintenir un lien établissement / domicile Participer aux réunions du réseau gérontologique local Faire des visites de pré admission
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Directeur de Site Médecin coordonnateur IDEC
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de résidents arrivés par la PTA Nombres de réunions auxquelles l'établissement a participé dans l'année Nombre de visites de pré admission
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Bonne collaboration entre les différents intervenants

**AXE 2 : Repositionnement de l'offre et Innovation****Fiche Action n°2 : Modernisation de l'EHPAD par la télémédecine et l'E-santé**

Référent (personne ou institution) : Médecin coordonnateur

<b>Constat du diagnostic</b>	Les nouvelles technologies facilitent le travail des soignants grâce à la E-santé et à la télémédecine (en fort développement en région Nouvelle Aquitaine) afin d'assurer un meilleur suivi de santé des personnes âgées.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique) + date</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Améliorer l'accessibilité aux consultations spécialisées par la télémédecine</li><li>➤ Améliorer la technologie pour prendre en compte la désertification médicale</li><li>➤ Garantir l'accès aux informations du résident de manière sécurisée pour éviter les ruptures de parcours</li></ul>
<b>Description de l'action</b>	Développer les pratiques de télémédecine et d'E-santé Mettre en place des bornes WIFI, et des outils de communication pour la télémédecine Mettre en place le DMP pour chaque résident Former le personnel à la télémédecine
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Directeur de Site Médecin coordonnateur IDEC Direction des Soins du Siècle
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	Budget pour : l'achat de matériel à la téléconsultation formation du personnel à la télémédecine
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 – 2023 – 2024 -2025 - 2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de consultations par la télémédecine, au global et par résident Taux de personnels formés Taux de DMP réalisés
<b>Points de vigilance</b>	Recueil du consentement du résident Respect de la RGPD



<b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	
--	--

**AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins****Fiche Action n°3 : Prise en charge de la douleur**

Référent (personne ou institution) : IDEC

<b>Constat du diagnostic</b>	Les établissements font face à des admissions de plus en plus tardives. Les résidents sont de plus en plus dépendants.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique) + date</b>	Améliorer la prise en charge de la douleur Améliorer la prise en soins de la fin de vie
<b>Description de l'action</b>	Développer les soins de confort en fin de vie Formation du personnel dans l'accompagnement de la fin de vie et dans la prise en charge de la douleur
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Médecin coordonnateur IDEC Direction des Soins du Siège
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	Mobilisation du budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 – 2023 – 2024 – 2025 - 2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre d'évaluation de la douleur, au global et par résident Nombre de personnels formés à la douleur et à l'accompagnement de la fin de vie
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Respect du budget formation

### AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins

#### Fiche Action n°4 Prévention de la dénutrition

Référent (personne ou institution) : IDEC

<b>Constat du diagnostic</b>	De plus en plus de séniors sont dénutris, à domicile mais aussi en institution. Cela touche particulièrement les personnes de plus de 75 ans avec des maladies chronique ou aiguës.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique) + date</b>	Améliorer la prise en charge de la dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Par la prévention et le dépistage</li> <li>➤ Par la prise en charge à l'arrivée d'un nouveau résident, ou en cours de séjour</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Former le personnel de cuisine (protéines, textures) Mise en place d'un groupe de travail sur la nutrition des résidents afin d'accompagner la pratique des professionnels Mettre en place le suivi nutritionnel mensuel par le biais des tablettes ADOXIA Mettre en place un protocole pour la dénutrition
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	IDEC Médecin coordonnateur IDE référente nutrition Nutritionniste Médirest Chef cuisinier
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 - 2023 - 2024 - 2025 -2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Taux de résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle Taux de résidents bénéficiant d'une pesée à l'entrée Existence d'un protocole de repérage des troubles de nutrition
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Respect du jeûne nocturne

**AXE 3 : Prévention, qualité et sécurité des soins****Fiche Action n°5 Prévention des soins bucco-dentaires**

Référent (personne ou institution) : IDEC

<b>Constat du diagnostic</b>	Chez les personnes âgées, une mauvaise santé bucco-dentaire rend difficile la mastication, ce qui peut avoir des conséquences sur leur santé.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique) + date</b>	Mise en place de la prévention des soins bucco-dentaires
<b>Description de l'action</b>	Formation des professionnels par la CPAM Mettre en place d' une convention avec un dentiste
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Médecin coordonnateur IDEC IDE
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	Formation du personnel à l'hygiène dentaire
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de résidents bénéficiant d'un bilan bucco-dentaire sur le nombre de résidents
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Respect des horaires entre chaque repas

**AXE 4 : Personnaliser l'accompagnement****Fiche Action n°6 : Améliorer notre démarche d'amélioration continue***Référent (personne ou institution) : Responsable Logistique et Qualité*

<b>Constat du diagnostic</b>	La traçabilité par le biais de l'enregistrement des FEI (Fiches d'Evènements Indésirables) permet d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents. Il convient de toutes les enregistrer et de les traiter.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Améliorer la traçabilité des FEI, des réclamations en déployant le logiciel AGEVAL Améliorer l'efficacité de traitement des FEI et des réclamations
<b>Description de l'action</b>	Sensibiliser le personnel à l'enregistrement des FEI Traiter les événements indésirables et des événements indésirables graves, des réclamations Mise en place des plans d'actions correctifs
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Directeur de Site Responsable Logistique et Qualité Responsable Qualité du Sièg
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 - 2023 - 2024 -2025 -2026
<b>Indicateurs d'évaluation du pourcentage de l'action</b>	Nombre de FEI, FEIG, réclamations traités
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Veiller à la compréhension par le personnel de la FEI, de l'importance de la rédiger pour une amélioration continue.

## AXE 5 : Performance et management de la qualité

### Fiche Action n°7 : Améliorer la qualité du service hôtellerie/restauration

*Référent (personne ou institution) : Responsable Logistique et Qualité*

<b>Constat du diagnostic</b>	L'EHPAD est avant tout un lieu de vie. Améliorer le cadre de vie c'est participer au bien-être des résidents.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Améliorer la qualité de la prestation hôtelière</li> <li>➤ Améliorer le service restauration</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Améliorer la présentation des repas</p> <p>Achat de matériel hôtelier (art de la table, nappes...)</p> <p>Améliorer la décoration du restaurant y compris le mobilier</p> <p>Former le personnel pour le service en salle</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<p>Directeur de Site</p> <p>Responsable Logistique et Qualité</p> <p>ASH</p> <p>Prestataire repas</p>
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	<p>Financement du mobilier, du matériel hôtelier adapté (chariots repas, art de la table)</p> <p>Financement pour former le personnel hôtelier</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 – 2023-2024- 2025 - 2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p>Montant en euros d'achats de matériels d'art de la table par an</p> <p>Nombre de personnels formés à l'amélioration de la qualité hôtelière</p>
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Partenariat avec notre prestataire MEDIREST

## AXE 5 : Performance et Management de la Qualité

### Fiche Action n°8 : Améliorer la performance durable de l'EHPAD par la mise en place d'une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) et de santé au travail

Référent (personne ou institution) : Directeur de Site

<b>Constat du diagnostic</b>	L'amélioration du bien-être des salariés permet d'améliorer la prise en soins des résidents. A l'heure où le débat dans les organisations s'est essentiellement orienté sur la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes, il convient de mener une réflexion sur les stratégies ressources humaines dans le but d'améliorer la QVT
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Améliorer la politique de qualité de vie au travail en : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En mettant en place des modes d'organisation pour réduire les troubles musculo squelettiques</li> <li>- En mettant en place des modes d'organisation pour réduire les risques psychosociaux</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	Mettre en place des ateliers d'analyse des pratiques professionnelles par une psychologue Former le personnel à la gestion du stress Former le personnel aux gestes et postures Mettre en place l'intervention mensuelle d'un ergothérapeute auprès du personnel
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Service RH Psychologue externe : soutien aux professionnels et collectif de travail Ergothérapeute externe : conseil et accompagnement du personnel dans les actes techniques, gestes et postures
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve des mesures disponibles</b>	Financement des formations gestes et postures, gestions du stress
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Taux d'absentéisme Nombre d'heures de formation par an sur les TMS et RPS Nombre d'heures moyen de formation sur les TMS et RPS par salariés et par an

<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Obtenir les financements pour les différentes formations
--	--



## AXE 5: Performance et Management de la Qualité

Fiche Action n°9 Améliorer la politique d'intégration et de fidélisation du personnel	
<i>Référent (personne ou institution) : Directeur de Site</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	Les établissements du département sont confrontés comme bon nombre d'établissements en France à des taux d'absentéisme et à une rotation du personnel relativement important. S'ajoutent à ses taux élevés, des difficultés de recrutement et d'attractivité. Outre son impact financier pour les établissements, cette problématique a un impact important sur la qualité et la continuité de prise en charge des résidents.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Rendre l'établissement plus attractif  Offrir un accueil de qualité aux professionnels
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaborer un livret d'accueil des salariés</li> <li>➤ Recevoir des stagiaires durant leur parcours de formation</li> <li>➤ Adopter une démarche de prospection et de présentation de la structure auprès des centres de formation</li> <li>➤ Valoriser les talents des équipes</li> <li>➤ Accompagner à la formation continue du personnel (VAE, autres)</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	Directeur de Site IDEC, RLQ Responsable RH du Siège
<b>Moyens nécessaires soumis à la validation des autorités et sous réserve de mesures disponibles</b>	Mobilisation du budget formation
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022 – 2023 – 2024 – 2025 - 2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	Nombre de stagiaires accueillis par an  Nombres de salariés ayant des formations qualifiantes

<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Respect du budget formation
--	-----------------------------

**ANNEXE N° 3 : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE**

Années	Places au début du CPOM	Variation N	Variation N+1	Variation N+2	Variation N+3	Variation N+4	Places à la fin du CPOM
	Etablissements /services						

**Sans objet**

**ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS**

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<u>Fiche action n° 1</u>	Nombre de résidents arrivés par la PTA	20%	0%	5%	10%	15%	20%	
	Nombre de réunions auxquelles l'établissement a participé par an	5	0	1	2	3	5	
	Nombre de visites de pré admission	20 %	0%	5%	10%	15%	20%	
<u>Fiche action n° 2</u>	Nombre de consultations par la télé médecine, au global et par résident	3/ par résident /par an	0	1	2	3	3	
	Taux de personnels formés	60%	0	20%	40%	50%	60%	
	Taux de DMP réalisés	100%	60%	70%	80%	90%	100%	

<u>Fiche action n° 3</u>	<p>Nombre d'évaluation de la douleur, au global et par résident</p> <p>Nombre de personnels formés à la douleur et à l'accompagnement de la fin de vie</p>	<p>5</p> <p>80%</p>	<p>1</p> <p>20%</p>	<p>2</p> <p>40%</p>	<p>3</p> <p>60%</p>	<p>4</p> <p>70%</p>	<p>5</p> <p>80%</p>						
<u>Fiche action n° 4</u>	<p>Taux de résidents bénéficiant d'une pesée mensuelle</p> <p>Taux de résidents bénéficiant d'une pesée à l'entrée</p> <p>Existence d'un protocole de repérage des troubles de nutrition</p>	<p>100%</p> <p>80%</p> <p>1</p>	<p>60%</p> <p>30%</p> <p>1</p>	<p>70%</p> <p>40%</p> <p>1</p>	<p>80%</p> <p>50%</p> <p>1</p>	<p>90%</p> <p>60%</p> <p>1</p>	<p>100%</p> <p>80%</p> <p>1</p>						
<u>Fiche action n° 5</u>	<p>Nombre de résidents bénéficiant d'un bilan bucco-dentaire sur le nombre de résidents</p>	<p>80%</p>	<p>10%</p>	<p>30%</p>	<p>50%</p>	<p>60%</p>	<p>80%</p>						
<u>Fiche action n° 6</u>	<p>Nombre de FEI, de FEIG, de réclamations traités</p>	<p>100%</p>	<p>50%</p>	<p>60%</p>	<p>70%</p>	<p>80%</p>	<p>100%</p>						



## SYNTHESE

### *LES POINTS FORTS DE L'EHPAD LA FEUILLERAIE*

Avec les réserves relevées en termes de préconisations ci-après déclinées, on peut souligner les qualités de l'EHPAD LA FEUILLERAIE :

- ✚ *Clarté des valeurs institutionnelles et projet d'établissement adapté aux personnes accompagnées*
- ✚ *Processus de diagnostic des besoins individuels des personnes accueillies, régulier et fonctionnel*
- ✚ *Mise en œuvre institutionnelle de fonctions pédagogiques, éducatives, thérapeutiques et de soins adaptées aux personnes accompagnées*
- ✚ *Développement d'actions visant à améliorer la qualité de vie en hébergement, dans les loisirs et animations des personnes accompagnées*
- ✚ *Un projet de soins pertinent, adapté et sécurisé.*
- ✚ *Le circuit des médicaments est fiable*
- ✚ *Une volonté, mise en exergue : « Prendre soin, dans le respect et la dignité, jusqu'au bout »*
- ✚ *Une dynamique conviviale et un mode d'accompagnement de type familial assurant une qualité de vie très positive.*
- ✚ *Une excellente qualité des repas*
- ✚ *Une équipe investie dans son travail malgré les difficultés inhérentes à ce métier difficile*
- ✚ *Une association réelle des familles à l'accueil et à l'accompagnement*
- ✚ *Des modalités effectives de promotion de la bientraitance*
- ✚ *Une prise en charge et en soins pluridisciplinaire*
- ✚ *L'accompagnement de fin de vie et les décès sont gérés de façon pertinente et guidées par un souci de grande sollicitude.*
- ✚ *Articulation de la clinique et du management au bénéfice des personnes accueillies*
- ✚ *Qualité de l'accueil et des conditions matérielles et environnementales de l'accompagnement*

## *RECOMMANDATIONS ET PRECONISATIONS*

**Si, dans l'ensemble l'HEPAD de LA FEUILLERAIE répond aux exigences de sa mission d'accompagnement des personnes âgées accueillies, un certain nombre d'améliorations sont possibles. Elles ont été signalées dans le contexte au fil de ce rapport.**

**Elles sont reprises ici de façon formelle :**

- ✚ Il conviendra de **rester attentif** à l'organisation des roulements du personnel afin de lutter au mieux contre les risques d'usure.
- ✚ Le travail médical devra s'efforcer d'**impliquer davantage** les équipes de terrain en mettant en place de véritables échanges et interactions dans la prise en soin des patients.
- ✚ Il conviendra de **réfléchir** à l'éventualité de l'obtention d'un poste d'animateur.
- ✚ Des temps de **réflexion clinique et de soutien** aux équipes devraient être instaurés.
- ✚ Le **plan de formation**, existant nous est apparu comme insuffisamment précis et devra être mieux formalisé.
- ✚ Il sera important de considérer les remarques faites par certains en termes de **fonctionnement** (horaires des repas du soir, permanence téléphonique le soir et les Week-end)



## ABREGE

**Légende : RECOMMANDATIONS :** Perspectives de travail à envisager

**PRECONISATIONS :** Améliorations impératives à mettre en œuvre rapidement

THEMATIQUE	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS	PRECONISATIONS
<b>Déroulement Evaluation externe</b>	Collaboration réelle et efficace de l'équipe, tant de direction que de l'ensemble des professionnels			
<b>Projet établissement</b>	-Conforme aux directives ANESM -Adéquat aux pratiques -Principes éthiques solides et pertinents -Principes d'individuation et de maintien du lien social -Tous autres documents écrits valides		<b>A actualiser en 2019 Dans la rédaction, lever l'ambiguïté « projet d'établissement » - « projet institutionnel »</b>	
<b>Evaluation interne</b>	Elle s'est déroulée de façon conforme et participative, étayée par un travail de réflexion		<b>A renouveler avant fin 2019</b>	
<b>Suivi inspection ARS</b>		Toutes les remarques de l'ARS ont été prises en compte		
<b>Diagnostic des besoins</b>	Processus d'élaboration des projets individuels complets et pertinents			

THEMATIQUE	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS	PRECONISATIONS
<b>Modalités d'accompagnement</b>	Propositions de prises en charge et en soins variées, centrées sur l'individualisation, la cohérence interdisciplinaire, l'association des familles au travail,			
<b>Qualité de vie</b>	Confort et bonnes conditions matérielles sont assurés. Repas et service de restauration particulièrement investi CARACTERE FAMILIAL ET CONVIVIAL DE L'EHPAD		<u>Poursuivre l'effort de maintien de la convivialité et de la dynamique de type familial</u>	
<b>Maintien des liens sociaux familiaux</b>	La dynamique de l'établissement va dans ce sens			
<b>Participation des familles</b>	Les familles sont pleinement intégrées aux processus d'accompagnement et se déclarent pleinement satisfaites du fonctionnement et de la place qui leur est faite			
<b>Attention à la bienveillance</b>	Toutes conditions remplies pour assurer cette nécessité			
<b>Articulation clinique et management</b>	La clinique est la principale dynamique du management			
<b>Fonctionnement</b>	-Pertinence du projet des services fournis avec les besoins identifiés. -Qualité des prestations en regard des projets personnalisés des bénéficiaires. -Articulation du projet institutionnel et de la pratique.			

THEMATIQUE	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	RECOMMANDATIONS	PRECONISATIONS
Gestion du personnel	Investissement positif de l'ensemble du personnel, très attaché à l'établissement	Manque de coordination et de rigueur dans la gestion des conflits	Etudier les modalités de gestion du personnel afin de contribuer à une meilleure gestion des conflits	
Organisation interne 1		Manque d'interactions avec le médecin coordinateur	Renforcer les temps d'échange clinique avec le médecin coordinateur	
Organisation interne 2		Les modalités de travail laissent peu de latitude aux soignantes et risque d'engendrer une usure professionnelle	Rester attentif à une organisation qui permette de lutter contre les risques d'usure, en ménageant par exemple suffisamment de temps d'échanges (avec la psychologue par exemple)	
Communication externe	Les liens avec les partenaires (pharmacie, orthophoniste, kinésithérapeutes, HAD, Pallia 24...) sont fonctionnels			
Accueil et conditions matérielles	Excellente qualité globale Cadre particulièrement agréable			
Circuit du médicament	Conforme à la loi La sécurité est pleinement assurée.			
Formation	Il existe un plan pluri annule	Ce plan n'est pas clair pour les professionnels	Mettre en place une commission de réflexion et d'élaboration du plan de formation afin de mieux répondre aux besoins	Revoir les conditions de l'information des personnels quant à cette question <b>De plus,</b> l'établissement doit mettre en place pour ses personnels de santé une formation annuelle DPC

<b>THEMATIQUE</b>	<b>POINTS FORTS</b>	<b>POINTS FAIBLES</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>PRECONISATIONS</b>
<b>Animation</b>	L'animation est assurée de façon pertinente par une AMP	Cette professionnelle est également occupée par d'autres tâches et ne peut donc véritablement assurer cette mission de façon suffisante	L'éventualité de la création ou de l'obtention d'un poste d'animation est à envisager (potentiellement dans le cadre de la création d'un PASA)	
<b>Logistique</b>	Celle-ci est fonctionnelle dans son ensemble	Certaines remarques peuvent être entendues concernant quelques manques (horaires repas, permanence téléphonique en soirée ou le WE)	Voir s'il est possible d'améliorer ces points	
<b>Lutte contre l'usure professionnelle</b>	Les responsables y sont attentifs	Ce travail reste fragile et insuffisant	Un travail clinique et de soutien avec la psychologue mériterait d'être formalisé	

# **CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2022-2026**

**ENTRE**

**L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine**

**ET**

**Le département de la Dordogne**

**ET**

**L'EHPAD de Montignac**

## Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT .....	6
1) L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat .....	6
2) L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire :.....	8
3) Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé.....	8
4) Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	8
4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM.....	8
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	11
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence .....	12
4.4 - Engagements de l'EHPAD de Montignac.....	13
4.5 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une caisse pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit .....	13
4.6 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ....	13
4.7 Les frais de siège.....	15
4.8 Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP) 15	
4.9 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	15
TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT .....	16
5) Le suivi et l'évaluation du contrat .....	16
6) Le traitement des litiges.....	17
7) La révision du contrat.....	17
8) La révision du terme des conventions tripartites pluriannuelles préexistantes au CPOM.....	18
9) La date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM.....	18
10) Pénalités financières – FORFAIT SOIN EHPAD.....	18
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	19

Entre,

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

Le département de la Dordogne, dénommé ci-après « le département », représenté par son président Monsieur Germinal Peiro,

L'Agence Régionale de Santé de la Nouvelle-Aquitaine, représentée par son directeur général Monsieur Benoît Elleboode, dénommée ci-après « Agence Régionale de Santé » ou « ARS »

Et, d'autre part :

L'EHPAD de Montignac, établissement public autonome représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Monsieur Karl KOUKOU, son directeur par intérim.

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

- L.313-12 et L.313-12-2,

- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 314-21 à 25, R 314-36 à 39, R 314-44 à 47, R 314-49 à 55, R 314-72 et 73, R 314-79 et 84,

- R 314-20 relatif aux plans pluriannuels d'investissements,

- R 314-39 à R 314-43 ainsi que le nouvel article R 314-43-1, R314-105 à 107, R 314-129 à 143, R 314-210 à 244,

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

**Vu** le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028

**Vu** le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne *Personnes Agées 2014 - 2019*

**Vu** l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

**Vu** la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ;

**Vu** la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021 ;

**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 15 octobre 2021 du conseil d'administration de l'EHPAD de Montignac (établissement public) 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 29 septembre 2021 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

**Il a été conclu ce qui suit.**

**Préambule :**

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

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le département et l'EHPAD de Montignac. Il 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,



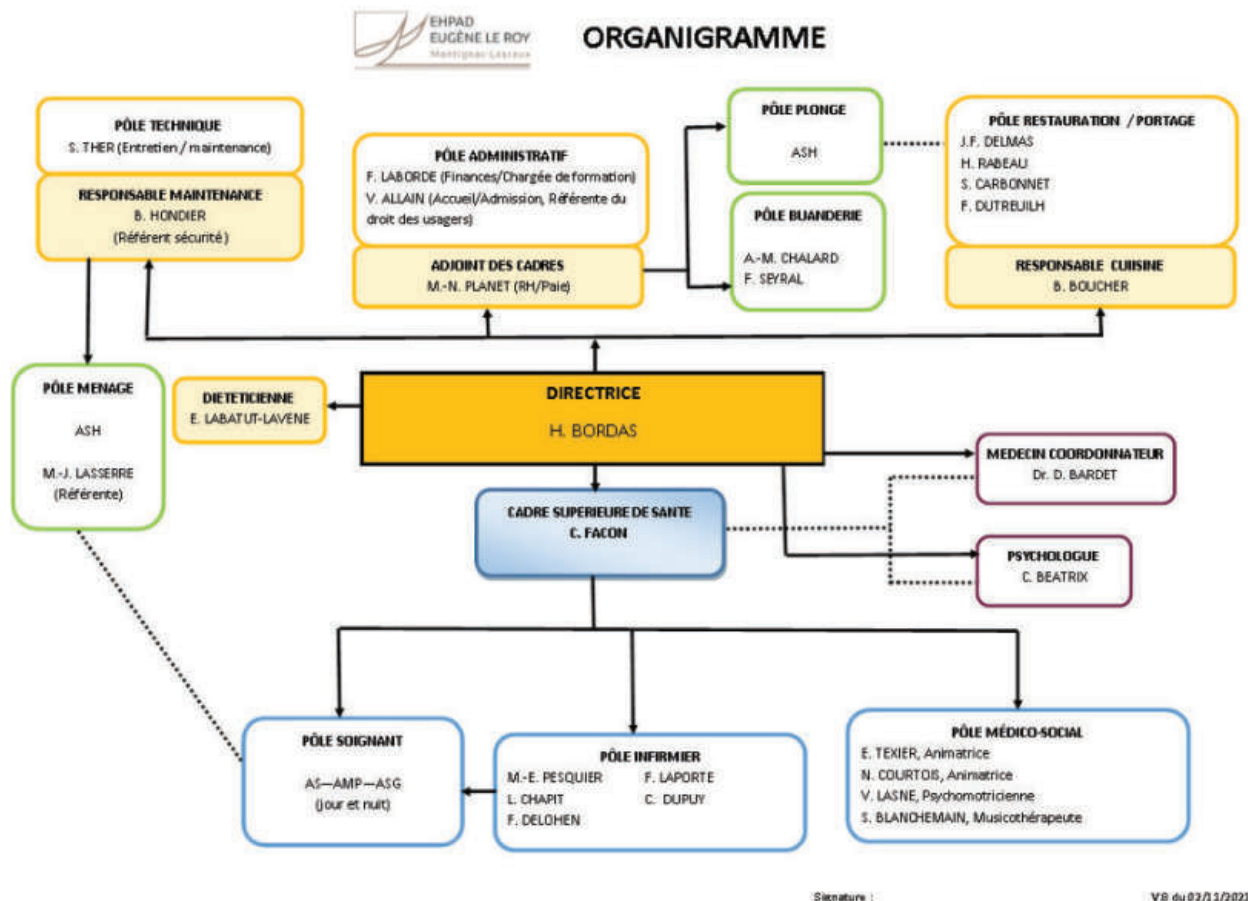
- des objectifs contractuels fixés de manière concertée entre les parties signataires et déclinés, d'une part, en orientations stratégiques et, d'autre part, en objectifs opérationnels transversaux et spécifiques,
- les modalités de fixation de la tarification pour la section hébergement,
- la mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis,
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

# TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

## 1) L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- Présentation du gestionnaire
  - Numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS : 240000810
  - Statut juridique de l'entité gestionnaire : établissement public autonome
  - Activité(s) de l'entité juridique gestionnaire : hébergement pour personnes âgées dépendantes
  - Organigramme de l'entité gestionnaire :



- Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune : EHPAD de Montignac
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat : EHPAD Eugène Le Roy de Montignac.

- [Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM](#)

- Autorisation(s) d'activité liée(s) au contrat : arrêté n°SPAЕ – 21-008 du 10 février 2021.
- 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 :
- 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 : 240 002 188

- [Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale \(le cas échéant\) \(articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles\)](#)

- Pour les EHPAD habilités à 100% et ne relevant pas de l'article L.342-3-1 :  
« L'EHPAD est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président du conseil départemental n°SPAЕ 21-008 du 10 février 2021 pour la totalité de ses lits d'hébergement permanent autorisés (86 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](#)

Existence de convention signée avec :	Commentaires
Un service d'HAD	CH de Sarlat
Une équipe mobile de gériatrie	Le Verger des Balans sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer avec l'intervention d'un psycho gériatre 1 jour par mois Filière gériatrique du Périgord Noir
Une équipe mobile de soins palliatifs	PALLIA 24 (soin palliatifs mobiles) réactualisé en avril 2010
Une ou plusieurs officines de pharmacie	Il existe une convention entre l'EHPAD et une pharmacie de Montignac

Un établissement de santé	CH de Sarlat
---------------------------	--------------

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

L'EHPAD Eugène Le Roy n'est pas concerné

## **3) OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE**

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- Performance et Management de la Qualité.

## **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 par le Conseil d'Etat.

### **4.1.. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM**

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

Le financement de l'EHPAD Eugène Le Roy de Montignac est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

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

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

- D'une part pour financer les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- D'autre part pour accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge

ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficie d'une période de montée en charge dont la durée est fixée par les textes et durant laquelle les établissements convergent vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires - concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance. Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence dans le cadre du CPOM.

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

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

Le forfait global soins de l'EHPAD Eugène Le Roy de Montignac relève du tarif partiel sans PUI.

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente,
  - Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
  - Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).
- Dans ce cadre, lors d'une 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 être l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

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

La DGC propre aux établissements et services financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

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

Le forfait global relatif à la dépendance sera calculé conformément au III de l'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 jusqu'en 2023, puis conformément aux articles R. 314-173 et suivants du CASF.

Le montant du forfait global dépendance est arrêté annuellement par le président du Conseil départemental. La participation du Conseil départemental est versée mensuellement.

#### 4.1.3 – La tarification de l'hébergement

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 Eugène Le Roy de Montignac, la dotation globalisée initiale correspond aux moyens reconductibles tels qu'ils sont retenus au dernier budget notifié, hors reprise de résultat, soit **1 665 464,36 €**.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul :

	Hébergement
Groupe 1	315 821,69 €
Groupe 2	964 137,07 €
Groupe 3	516 828,60 €
Total dépenses	1 796 787,36 €
- recettes en atténuation	-131 323,00 €
- crédits non reconductibles	
- dépenses exceptionnelles	
- provisions (comptes 68)	
+ recettes exceptionnelles	
+ reprise de provisions (comptes 78)	
<b>= Dotation globalisée initiale</b>	<b>1 665 464,36 €</b>

Sur la base de cette dotation globalisée initiale, il est convenu d'appliquer la formule de revalorisation de l'enveloppe tarifaire suivante :

#### Tarif N =

Base reconductible des tarifs (dotation globalisée initiale, puis N-1)  
Augmentée du taux directeur départemental voté annuellement par le Conseil départemental  
/ activité prévisionnelle

Dès lors que l'EHPAD Eugène le Roy déposera un PPI et que le président du Conseil départemental aura donné son accord aux termes de ce PPI, il devra être adjoint un avenant au présent CPOM pour tenir compte de ses effets financiers en matière de tarification.

#### 4.1.4 – dispositions communes aux financeurs

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

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

L'EHPAD de Montignac 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 (article R314-40 du CASF).

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

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

#### **4.2.. Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM**

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

- L'Assurance Maladie, d'une part,
- Le Département, d'autre part,

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

Chaque DGC octroyée au gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

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

A réception de la notification de l'allocation des moyens adressés par chaque autorité de tarification, le gestionnaire transmettra la ventilation prévisionnelle de la dotation globale par établissement.

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

Chaque dotation annuelle globalisée commune est :

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

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

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR et/ou au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ La DGC de référence des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au **01/01/21** (avant notification budgétaire 2021, en cours) est répartie comme suit :

Les quotes-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêté par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation N ou N+1, hors CNR et résultats).

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations soins Au 1/01/2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global de soins HP</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA, FI.COMP)</i>
240002188	EHPAD Eugène Le Roy	1 309 084,82 €	1 226 369,82 €	FI.COMP (prime grand âge, Ségur CTI) : 82 715 €
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1 309 084,82 €</b>	<b>1 226 369,82 €</b>	<b>82 715 €</b>

➤ La DGC des établissements et services financés par le département est répartie comme suit :

<b>Finess</b>	<b>Etablissements</b>	<b>Base reconductible dotations dépendance au 01/01/2021 (en €)</b>	<i>Dont forfait global dépendance</i>	<i>Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)</i>
240002188	EHPAD Eugène Le Roy	514 030, 42	514 030, 42	

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

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

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



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

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

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

#### **4.4.. - Engagements de l'EHPAD de Montignac**

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité / un taux d'occupation des places financées à un taux minimum de 95%
- Respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

#### **4.5.. Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une caisse pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit**

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la Sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

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

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la Dordogne
- l'EHPAD de Montignac, signataire du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime. Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

#### **4.6.. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM**

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

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est l'affectation des résultats 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 (articles 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 constatent des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou par 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).

Ainsi il est convenu une fongibilité totale des résultats et de leurs affectations.

Les résultats excédentaires sont affectés par ordre de priorité :

1) A la couverture des déficits antérieurs,  
2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des autorités de tarification,

3) Enfin sur les volets suivants :

■ Volet investissement :

- Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI validé dans le cadre de la négociation du contrat,
- Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou dans 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 (exemple secteur PH : financement PCPE, emploi aidé, job coaching, action de prévention, formation - exemple 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 couverte en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

#### **4.7.. Les frais de siège**

Sans objet

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

Les programmes d'investissement et leurs plans de financement ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à un an doivent être approuvés par l'autorité de tarification en vertu des dispositions des articles L 314-7 et R. 314-20 du CASF.

Il n'existe pas de PPI à la date de signature du contrat. Dès lors que le gestionnaire en déposera un, il fera l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou/et du Conseil départemental, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF et sera annexé au CPOM par voie d'avenant.

#### **4.9.. Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM**

L'article L 313-12-2 du CASF indique que, sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre le cas échéant un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :
  - un déséquilibre financier significatif et prolongé,
  - ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,

que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

## TITRE 2 - LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

---

### 5) LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi :

Un comité de suivi du CPOM est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition est détaillée comme suit :

- Un (ou des) représentant(s) du Conseil départemental ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé ;
- Un (ou des) représentant(s) de l'organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant : autres partenaires.

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

- Documents à produire :

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

❖ Le gestionnaire dispose ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l'autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l'exercice pour transmettre :

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

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF

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

❖ Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF
- Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

❖ 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. *A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.*

- Les dialogues de gestion :

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

- Au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.

- Au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

- Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

- La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles :

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

## **6) LE TRAITEMENT DES LITIGES**

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

## **7) LA REVISION DU CONTRAT**

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

## **8) LA REVISION DU TERME DES CONVENTIONS TRIPARTITES PLURIANNUELLES PREEXISTANTES AU CPOM**

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM aux la conventions tripartites pluriannuelles des EHPAD signataires du présent CPOM.

## **9) LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET LA DUREE DU CPOM**

Le présent CPOM prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour une durée de 5 ans.

## **10) PENALITES FINANCIERES – FORFAIT SOIN EHPAD**

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Fait à Périgueux, le

La directrice de la Délégation  
ARS de la Dordogne

Le représentant  
de l'établissement

Le président du  
Conseil départemental  
de la Dordogne

## TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

---

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

### ➤ LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : La synthèse du 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



EHPAD Eugène Le Roy de MONTIGNAC

## DIAGNOSTIC CPOM PERSONNES AGEES

---

**EHPAD Eugène Le Roy de MONTIGNAC**



## Table des matières

EHPAD Eugène Le Roy de MONTIGNAC.....	1
<b>1. PÉRIMÈTRE DU CPOM.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ELEMENTS TRANSVERSAUX.....</b>	<b>3</b>
2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE .....	3
2.1.1. Mutualisation.....	3
2.1.2. Situation financière du gestionnaire .....	3
2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM .....	4
2.2.1. Evaluations internes et externes.....	4
2.2.2. Coopérations et conventions.....	5
2.2.3. Politique des ressources humaines.....	5
2.2.4. Mutualisations des moyens entre les différents ESMS .....	7
2.2.5. Innovations en santé .....	7
<b>3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>7</b>
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 Eugène Le Roy.....	10
3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Eugène Le Roy.....	11
3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Eugène Le Roy.....	12
3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Eugène Le Roy.....	16
3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente – EHPAD Eugène Le Roy .....	19
<b>4. EVOLUTION DE L’OFFRE MEDICO-SOCIALE .....</b>	<b>22</b>

## 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
240002188	EHPAD Eugène Le Roy	Public	86	86	
TOTAL					

## 2. ELEMENTS TRANSVERSAUX

Les données ci-après sont à compléter par l'ensemble des structures, car non issues des tableaux de bord ou non développées par ces derniers.

### 2.1. ORGANISME GESTIONNAIRE

#### 2.1.1. Mutualisation

*Existence d'un siège du gestionnaire : ~~Oui~~ / Non*

Si oui y-a-t-il une autorisation de frais de siège :

Préciser notamment :

- Date d'autorisation :
- Durée :
- Qui est l'autorité de tarification compétente :
- Modalités de fixation des frais de siège (*à chiffrer*) :
- Activités financées dans le cadre de l'autorisation :
- Nombre d'ESMS concernés par les frais de siège :

*Personnel financé par les frais de siège au CA n-1*

Catégorie/ emploi	Nombre d'agents	ETP	Masse salariale (€)
TOTAL			

#### 2.1.2. Situation financière du gestionnaire

*Résultats comptables du siège*

Siège	N-1	N-2	N-3
Recettes			

Dépenses			
<b>Net</b>			
Retraitements comptables ( <i>variation des congés payés, reprises...</i> )			
<b>RESULTAT A AFFECTER</b>			

### Bilan financier du siège N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2.

## **2.2. ELEMENTS COMMUNS AUX ESMS COUVERTS PAR LE CPOM**

Contrairement au but des conventions tripartites, qui était de contractualiser individuellement, il figure parmi les principaux enjeux des CPOM de permettre la mutualisation des moyens humains et financiers. En conséquence, les éléments ci-après doivent permettre de mettre en avant les objectifs transversaux communs à l'ensemble des ESMS du périmètre du CPOM.

### **2.2.1. Evaluations internes et externes**

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

#### **Evaluation interne**

<b>ESMS couverts par le CPOM</b>	<b>Dates de Réalisation</b>	<b>Echéances des futures évaluations internes</b>
EHPAD Eugène Le Roy	17/09/2013 au 21/10/2013	30/06/2022

#### **Evaluation externe**

<b>ESMS couverts par le CPOM</b>	<b>Dates de Réalisation</b>	<b>Echéances des futures évaluations externes</b>
EHPAD Eugène Le Roy	08/10/2014 au 10/10/2014	03/01/2024

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

<b>ESMS couverts par le CPOM</b>	<b>Eléments innovants issus des évaluations</b>	<b>Autres éléments innovants</b>	<b>Transposition aux autres ESMS</b>

### 2.2.2. Coopérations et conventions

Existence de convention signée avec :	OUI	NON	Commentaires
Un service d'HAD	X		CH de Sarlat
Une équipe mobile de gériatrie	X		Le Verger des Balans sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer avec l'intervention d'un psychogériatre 1 jour par mois Filière gériatrique du Périgord Noir
Une équipe mobile de soins palliatifs	X		PALLIA 24 (soin palliatifs mobiles) réactualisé en avril 2010
Une ou plusieurs officines de pharmacie	X		Il existe une convention entre l'EHPAD et une pharmacie de Montignac
Un établissement de santé	X		CH de Sarlat
Un établissement de santé spécialisé en santé mentale		X	
Un réseau de soins palliatifs		X	
Autres réseaux de santé (douleur, etc.)		X	
Un cabinet dentaire		X	
EHPAD ou USLD disposant d'une UHR ou d'un PASA		X	
Autres			

Liste des autres partenariats et/ou coopérations	Points forts	Points d'amélioration	Quel regard portez-vous sur les coopérations ?

La participation de l'EHPAD au GHT est-elle envisagée (EHPAD publics) ? 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 Eugène Le Roy	Procédure de recrutement formalisée	Procédure d'accueil du personnel	

		Formaliser l'encadrement des stagiaires	
		Absence de GPMC	

Modalités de mise en œuvre de la politique des RH et d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence) au niveau du gestionnaire pour les ESMS couverts par le CPOM

	OUI	NON	Points forts	Points d'amélioration	Éléments transposables à d'autres ESMS
Mise en œuvre d'un Plan Pluriannuel de formation ?	X		Plan de formation inter-établissements Les fondamentaux tels que la maladie d'Alzheimer, la bientraitance/maltraitance, la douleur et la fin de vie sont inscrits au plan de formation		
Mise en œuvre d'un Plan GPEC ?		X		Formaliser le plan GPEC	
Existence d'un dispositif formalisé relatif à la promotion de l'évolution professionnelle ?		X			
Adéquation du personnel aux missions ?	X			Formaliser le plan GPEC	

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
<b>ANNEE N :</b> EHPAD Eugène Le Roy	1	IDE		Remplacement par mutation
<b>ANNEE N + 1 :</b> Eugène Le Roy				
<b>ANNEE N + 2 :</b> Eugène Le Roy	1	AS		Remplacement
<b>ANNEE N + 3 :</b> Eugène Le Roy				
<b>ANNEE N + 4 :</b> Eugène Le Roy	2	AS ASHQ		Remplacement

<b>TOTAL</b>	4			
Provisions déjà constituées				
<b>RESTE A FINANCER</b>				

#### 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 ?
Mutualisation du poste de Directeur avec l'EHPAD d'Hautefort	Regard croisé sur les deux établissements	Recruter une qualitiicienne	La mutualisation des postes pourrait être accentuée par des procédures communes ainsi que l'échange de pratiques entre les deux établissements
Mutualisation du poste de Psychomotricienne avec l'EHPAD d'Hautefort	Mise en place de procédures communes Echange et regards croisés sur les pratiques		
Mutualisation de l'intervention de la diététicienne avec l'EHPAD d'Hautefort	Mise en place de procédures communes Echange et regards croisés sur les pratiques		

#### 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*) ? Mise en place du système PABX (anti-fugue)
- Autres actions innovantes (*Ex : développement de la domotique, Silver Economie...*) ?

### 3. DIAGNOSTIC PAR ETABLISSEMENTS

#### 3.1. ELEMENTS ISSUS DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les éléments figurant dans le point « *Etat des lieux* » ci-après, sont extraits des tableaux de bord de la performance et sont à **remplir pour chaque structure**. Par conséquent, les ESMS ayant déjà fourni ces éléments lors de la dernière campagne des tableaux de bord, n'ont pas à ressaisir ces données.

Seules les structures n'ayant pas satisfait à cette demande ont pour obligation de compléter les items ci-après. Pour ce faire, le remplissage devra se faire conformément à la grille de saisie du tableau de bord.

##### 3.1.1. Etat des lieux (Tableau De Bord de la Performance)

###### a) Données de caractérisation

###### Identification de l'ESMS

- Option tarifaire (*tarif global/partiel*) : partiel

- Modalités de tarification (*avec ou sans PUI*) : 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*) : 86 lits hébergement permanent
- Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement : 86
- 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 : DESSMS

#### Ressources matérielles

- Avis favorable de la commission de sécurité : Oui/~~Non~~
- Accès à un groupe électrogène : Oui/~~Non~~
- Nombre de chambres individuelles : 81
- Organisation des transports accueil de jour : interne/externe/mixte
- Plateau technique/Equipement en propre (*Salle de stimulation sensorielle, pharmacie à usage interne...*) : Salle kiné, salle de stimulation sensorielle, pharmacie interne, télémédecine

#### 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 % : 0.00%

#### Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

- Dernier GMP connu : 781.86
- Dernier GMP validé : 781.86
- Dernier PMP connu : 233
- Dernier PMP validé : 233

#### 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 %
  - . Par décès = 66.67%
  - . Par hospitalisation = 21.21%
  - . Par retour à domicile = 6.06%
  - . Suite à réorientation vers un autre établissement médico-social = 6.06%
- Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en % : 1.39%

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

- Taux d'occupation en % (*nb journée réalisées/nb journée théoriques*) : 99.51%

### 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) : 38.37%

### **c) Ressources humaines (axe n° 2)**

#### Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?

- Taux d'ETP vacants au 31/12 : 0.00%
- Taux de prestations externes : 0.78%

#### L'organisation est-elle structurée et stable ?

- Taux d'absentéisme (hors formation) : 5.18%
- Taux d'absentéisme par motif :
  - . Maladie ordinaire/de courte durée = 3.78%
  - . Maladie de moyenne durée = 0.74%
  - . Maladie de longue durée = 0.13%
  - . Maternité/paternité = 0.25%
  - . Accident du travail/maladie professionnelle = 0.21%
  - . Congés spéciaux dont les congés sans solde = 0.08%

### **d) Finances et budget (axe n° 3)**

Ces données sont à extraire du dernier compte administratif validé.

#### Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

- Taux d'atteinte des prévisions des recettes : 99.35%
- Taux d'atteinte des prévisions des dépenses : 99.31%

#### Quels sont les grands équilibres financiers de l'ESMS ?

- Taux de CAF : 5.82%
- Taux de vétusté des constructions : 0.58
- Taux d'endettement : 53.14%
- Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes : 6.10

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

- Répartition des recettes réalisées par groupe (en %) : G1 = 91.81% ; G2 = 6.40% ; G3 = 1.79%
- Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %) : G1 = 12.45% ; G2 = 72.95% ; G3 = 14.60%

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

- Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %) : H = 47.60% ; D = 15.33% ; S = 38.87%
- Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %) : H = 51.80% ; D = 14.50% ; S = 33.70%
- Taux d'utilisation de la dotation en soins : 87.20%
- Structure des dépenses financées par la dotation de soins :
  - . Personnel = 92.61%
  - . Prestations et fournitures médicales = 5.37%
  - . Matériel médical = 2.02%

### **e) Objectifs : quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ? (axe n° 4)**

#### Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe



- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne (EI) : La démarche doit être engagée auprès des équipes. Prise de poste du directeur en juin 2020 dans un contexte COVID avec la gestion d'un cluster en début d'année 2021. Absence de Cadre de santé de décembre 2020 à juin 2021.
- Niveau d'avancement de la démarche d'évaluation externe (EE) : La démarche doit être engagée auprès des équipes. Prise de poste d directeur en juin 2020 dans un contexte COVID avec la gestion d'un cluster en début d'année 2021. Absence de Cadre de santé de décembre 2020 à juin 2021.

### Quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS ?

- Commentaires sur la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS : Le système d'information est satisfaisant

### 3.1.2. Analyse des données du tableau de bord

ESMS xxx	Points forts	Points d'amélioration	Commentaires
Données de caractérisation			
Axe n°1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	Taux de réalisation de l'activité Taux de rotation des lits		
Axe n°2 : Ressources humaines	Taux de rotation du personnel Taux d'absentéisme		
Axe n°3 : Finances et budget	Résultat comptable positif Situation financière saine		
Axe n°4 : Quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS ?	Les deux évaluations ont été réalisées	La démarche doit être engagée auprès des équipes. Prise de poste du directeur en juin 2020 dans un contexte COVID avec la gestion d'un cluster en début d'année 2021. Absence de Cadre de santé de décembre 2020 à juin	

## 3.2. ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

### 3.2.1. Activité - EHPAD Eugène Le Roy

#### Activité par type d'accueil

Modalités de décompte de l'activité (CA n-1)	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Journées théoriques ( <i>capacité x365j</i> )	31390		
Journées réalisées	31235		
Taux d'occupation	99.51%		

Explication sur le niveau du taux d'occupation, et solutions pour optimiser ce taux : Le taux est très satisfaisant.

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 : 40 dossiers

### 3.2.2. Ressources humaines - EHPAD Eugène Le Roy

#### Tableau des effectifs réalisés au dernier CA

PERSONNEL SALARIÉ CA n-1	Nb ETP	Ratio encadre- ment	Héberg- ement	Dépend- ance	soin	Postes non pourv- us (ETP)	Postes compen- sés par des vaca- tions /CDD ou autres
Direction/administration	3.89	0.05	3.89				
Services généraux	6.59	0.08	6.59				
Animation	1.42	0.02	1.42				
ASH, agent de service (blanchissage, nettoyage, service repas)	17.71	0.21	13.74	3.97			
Aide-soignant- AMP-ASG	26.18	0.30		7.86	18.32		
Psychologue	0.50	0.005		0.50			
Infirmière	6.08	0.07			6.08		
Auxiliaires médicaux	0.25	0.003			0.25		
Pharmacien ou préparateur							
Médecin coordonnateur	0.30	0.003			0.30		
Autre fonction (à préciser)							
<b>TOTAL</b>	<b>62.92</b>	<b>0.73</b>	<b>25.64</b>	<b>12.33</b>	<b>24.95</b>		

- Nombre de médecins traitants intervenants dans la structure : 10 médecins

Commentaires éventuels : le territoire montignacois est confronté à la problématique du désert médical impactant directement la prise en charge au sein de l'EHPAD. En effet plusieurs résidents nouveaux entrants n'ont pas de médecin traitant.

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

Catégories professionnelles	Taux d'absentéisme Total	Taux d'absentéisme catégorie courte durée (<ou=à 6 jours)	Nombre d'accident du travail (avec ou sans arrêt maladie)
AS Longue maladie	10.02%		3
AS mi-temps thérapeutique	13.34%		
AS maladie ordinaire	22.91%		
AS Maternité	10.86%		
ASHQ maladie ordinaire	13.34%		
AS maladie professionnelle	8.35%		
IDE maladie ordinaire	3.16%		
OPQ maladie ordinaire	1.64%		

IDE maternité	3.34%		
---------------	-------	--	--

Préciser les causes, les éventuelles difficultés que cela révèle : L'absentéisme a un impact direct sur les organisations demandant une adaptabilité de la part du personnel tout en maintenant une prise en soins sécurisée et de qualité

### 3.2.3. Diagnostic budgétaire et financier - EHPAD Eugène Le Roy

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

#### Recettes-dépenses et résultats - Section soins

▪ **Les recettes sur la période :**

ESMS EHPAD Eugène Le Roy	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total
Total Groupes de recettes	18495 84.18	5257 83.50	1510 247.6 7	3885 615.3 5	1835 873.8 5	4997 44.01	1228 646.6 4	3564 264.5 0	1873 042.7 0	5024 63.39	1199 519.6 8	357502 5.77
Groupe 1	16355 60.21	4959 62.43	1436 171.0 1	3567 693.6 5	1635 468.6 1	4889 74.88	1200 898.7 8	3325 342.2 7	1630 950.0 8	4931 05.40	1178 116.8 5	330217 2.33
Groupe 2	14464 1.54	2977 8.27	7407 6.66	2484 96.47	1457 50.59	1076 9.13	2707 3.96	1835 93.68	1968 46.19	9357. 99	2140 2.83	227607. 01
Groupe 3	69382 .43	42.80	0.00	6942 5.23	5465 4.65	0.00	673.9 0	5532 8.55	4524 6.43	0.00	0.00	45246.4 3

*Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier... :*

- Les recettes d'exploitation :
- Groupe 1 : Les recettes du G1 connaissent une augmentation d'année en année que ce soit au niveau de l'Hébergement ou celui de la Dépendance. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que l'EHPAD connaît un taux d'occupation très satisfaisant (+ de 99%) et également par la mise en œuvre de la facturation à terme à échoir depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020
- Groupe 2 : Les recettes du G2 en N-1 sont d'un niveau supérieur à N-2 et N-3. L'EHPAD a eu recours à des contrats aidés cela se traduit par des recettes atténuatives. Il y a également l'effet de l'assurance statutaire.
- Groupe 3 : Les recettes du G2 en N-1 sont d'un niveau supérieur à N-2 et N-3.

▪ **Les dépenses sur la période :**

ESMS EHPAD Eugène Le Roy	N-1				N-2				N-3			
	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total	Hébergement	Dépense	Soin	Total
<b>Total</b>	<b>2023</b>	<b>5665</b>	<b>1316</b>	<b>3907</b>	<b>1836</b>	<b>5058</b>	<b>1206</b>	<b>3549</b>	<b>1877</b>	<b>4990</b>	<b>1198</b>	<b>3575</b>
<b>Groupes de dépenses</b>	<b>935.27</b>	<b>58.38</b>	<b>901.54</b>	<b>395.19</b>	<b>510.31</b>	<b>20.78</b>	<b>943.21</b>	<b>274.30</b>	<b>907.98</b>	<b>85.09</b>	<b>138.28</b>	<b>131.35</b>
Groupe 1	<b>3866</b>	<b>4616</b>	<b>5394</b>	<b>4867</b>	<b>3421</b>	<b>4118</b>	<b>5619</b>	<b>4395</b>	<b>3369</b>	<b>3904</b>	<b>5030</b>	<b>4262</b>
	<b>41.15</b>	<b>5.99</b>	<b>8.97</b>	<b>56.11</b>	<b>25.47</b>	<b>6.70</b>	<b>3.12</b>	<b>05.29</b>	<b>40.23</b>	<b>4.09</b>	<b>6.11</b>	<b>90.43</b>
Groupe 2	<b>1115</b>	<b>5140</b>	<b>1220</b>	<b>2850</b>	<b>9520</b>	<b>4531</b>	<b>1097</b>	<b>2502</b>	<b>1005</b>	<b>4454</b>	<b>1103</b>	<b>2554</b>
	<b>373.73</b>	<b>42.86</b>	<b>861.75</b>	<b>278.34</b>	<b>90.07</b>	<b>38.08</b>	<b>225.24</b>	<b>453.39</b>	<b>757.89</b>	<b>34.59</b>	<b>201.98</b>	<b>394.46</b>
Groupe 3	<b>5219</b>	<b>6349.</b>	<b>4209</b>	<b>5703</b>	<b>5422</b>	<b>1149</b>	<b>5352</b>	<b>6073</b>	<b>5352</b>	<b>1460</b>	<b>4463</b>	<b>5944</b>
	<b>20.39</b>	<b>53</b>	<b>0.82</b>	<b>60.74</b>	<b>94.77</b>	<b>6.00</b>	<b>4.85</b>	<b>15.62</b>	<b>09.86</b>	<b>6.41</b>	<b>0.19</b>	<b>46.46</b>

Commentaires sur l'évolution globale, alloué/réalisé, évènement particulier ... :

- Les charges d'exploitation :
- Groupe 1 : Les charges du G1 augmentent sensiblement. Cela s'explique notamment par l'augmentation des coûts afférents à la vie quotidienne de l'EHPAD (chauffage...). Le poste alimentation a également légèrement augmenté.
- Groupe 2 : Les charges du G2 augmentent sensiblement. Cela s'explique notamment par l'évolution de la masse salariale
- Groupe 3 : Les charges du G3 restent relativement stables

▪ **Résultats à affecter :**

ESMS EHPAD Eugène Le Roy	N-1	N-2	N-3
Recettes	<b>3 885 615.35</b>	3 564 264.50	3 575 025.77
Dépenses	<b>3 907 395.19</b>	3 549 274.30	3 575 131.35
<b>Net</b>	<b>-21 779.84</b>	+14990.20	-105.58
Retraitements comptables ( <i>variations congés payés, reprises...</i> )			
<b>Résultat à affecter</b>			+28 22.19
<b>AFFECTATION DES RESULTATS VALIDES</b>			
<b>N-1</b>	<b>- 21 779.84</b>		
<b>N-2</b>	<b>+14 990.20</b>		
<b>N-3</b>	<b>+ 28 116.61</b>		

Bilan financier de l'établissement N-1 et N-2

Produire un exemplaire du bilan financier en N-1 et N-2. (Cf bilans financiers 2020 et 2019)

Plan pluriannuel d'investissement en cours de validité

Oui/~~Non~~

Durée : ..... ans

Période du .... / .... / .... Au .... / .... / ....

Objectif du PPI : détailler la programmation et expliquer les objectifs principaux (cf Projet PPI)

(Joindre un exemplaire du courrier PPI ou document validé.)

Tableau des provisions et réserves :

## Etat des réserves et provisions au dernier CA :

ESMS EHPAD Eugène Le Roy	
Réserve de compensation des déficits d'exploitation	147 197.53
Réserve de compensation des charges d'amortissement	
Réserve de trésorerie	1 305 340.73
Provisions pour risques et charges	266 018.77
Provisions pour renouvellement des immobilisations	31 102.81
Fonds dédiés sur subvention de fonctionnement	

Commentaires :

### Projets d'investissement

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

Présentation de l'opération
<b>Remplacement du SSI</b> Le matériel SSI acutel Activacom CHUBB datant de 1997, ne nous permet plus une maintenance optimale, notamment sur la fourniture de pièces détachées difficiles à obtenir, il s'avère donc urgent d'investir dans un remplacement de matériels, pour garantir la sécurité incendie de l'établissement.
<b>Aménagement des combles de l'épicerie</b> 33 m2 de locaux inutilisés depuis la dernière restructuration de 2006, permettraient la création de locaux de stockage pour l'animation, ainsi qu'une salle de détente pour le personnel
<b>Remplacement des planchers de balcons</b> Les planchers actuels en bois, vermoulus, nécessitent un remplacement pour garantir la sécurité des résidents
<b>Remplacement des cylindres de clé</b> Les cylindres de serrure actuels n'étant plus fabriqués, il s'avère nécessaire de remplacer l'intégrité des fermetures de l'établissement
<b>Réfection de la toiture du bloc principale</b> Le vieillissement de la toiture terrasse et de son revêtement d'étanchéité nécessite une réfection complète en prévention des risques de fuites. Ces travaux prévoient également une reprise de l'isolation (actuellement aux normes 1973)
<b>Couverture du groupe électrogène</b> De nombreuses perforations du caisson extérieur, dues à la corrosion, exposent le groupe électrogène à un risque de vieillissement prématuré, voire du non-fonctionnement de ce dernier. Une simple toiture de protection résoudrait le problème
<b>Réaménagement du parc (goudron, bordures, végétaux)</b> Le revêtement du parc, soulevé en de nombreux endroits par les racines de végétaux, rend difficile la libre circulation en fauteur roulant de nos résidents
<b>Peintures de l'infirmierie, circulation et salon du 1er étage y compris les rampes</b> Nécessité de refaire les peintures défraîchies, et de remplacer les

rambardes en vois actuelles des couloirs par du matériel répondant aux normes de sécurité

#### **Remplacement du sol réfectoire de l'UP usé**

##### **Installation WIFI**

Nécessaire par l'utilisation des équipements de travail actuels et de la demande croissante de connexion de nos résidents, ceci dans l'intégralité de l'établissement

##### **Nettoyage et peintres de toutes les façades**

Les façades datant de la restructuration de 2006, nécessitent un rafraîchissement complet tant pour les parties boies que pour les parties crépies

##### **Peintures du Rdc, 2ème et UP, circulation et rampes**

Nécessité de refaire les peintures défraîchies, et de remplacer les rambardes en vois actuelles des couloirs par du matériel répondant aux normes de sécurité

##### **Rénovation des chambres de l'UP et pose de déco choc PVC**

L'unité protégée Alzheimer particulièrement exposée aux dégradations induites par ses résidents, nécessite une rénovation ds peintures et crépis. Prévoir également d'équiper les chambres de revêtements muraux type "Décochoc" en PVC

##### **Construction d'un local e stockage à côté de l'atelier**

L'établissement Eugène Le Roy manque d'espaces de stockage  
8m x 5m ; 40 m2 x 800 €

##### **Rénovation des peintures de la buanderie et du reste des locaux**

Nécessité de refaire les peintures défraîchies de la buanderie et des locaux annexes. Prévoir également le remplacement de nombreuses portes abîmées (chambres et locaux), ainsi que certaines portes coupe-feu nécessaire au compartimentage incendie

##### **Etude d'une installation solaire de production ECS (en appoint)**

La configuration de nos toitures terrasse, permet de façon très efficace l'installation d'une unité de panneaux solaires thermiques, en appui de notre production d'eau chaude au gaz

##### **Extension du réfectoire principal**

La salle de restauration principale supporterait un agrandissement de 50 % de la surface. En effet, il en ressort à l'usage, le manque d'espace permettant une circulation efficace des fauteuils roulants entre les tables

##### **Remise e état des parkings, goudrons, bordures et luminaires**

Les luminaires d'anciennes générations, donc très énergivores, nécessitent un remplacement par des éclairages Led. Les parkings et bordures sont également à prévoir.

##### **Remplacement de clôtures de terrain**

Certaines de nos clôtures, environ 100 m linéaire sont à remplacer

##### **Remplacement des sols du hall, de l'animation et l'UP**

Les sols usés, ne permettent plus un nettoyage efficace en raison de leurs états de surfaces devenus poreux

**Remise en état de la toiture de l'atelier**

La toiture subit année après année une déformation importante due à une charpente sous-dimensionnée, iduisant à terme un risque de fuite

**Remplacement d'une chaudière de la chaufferie**

Les deux chaudières à gaz, très obsolètes, de marque Viessman, datent de 1987. Bien que bénéficiant du réseau de chaleur de la chaufferie bois communale, nous utilisons néanmoins nos chaudières l'été quand le réseau bois est à l'arrêt. Un remplacement de l'une de nos deux chaudières par un modèle plus économique en gaz, s'impose comme un investissement rentable.

### 3.2.4. Démarche qualité et gestion des risques - EHPAD Eugène Le Roy

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

ESMS xxx	Existence Oui/Non	Points forts	Points d'amélioration	Transposition possible à l'ensemble des ESMS
<b>LES OUTILS DE LA LOI 2002-2</b>				
Livret d'accueil	<b>OUI</b>	Il est remis aux familles avant l'entrée	Le réactualiser	
La charte des droits et libertés de la personne accueillie	<b>OUI</b>	Elle est affichée à l'entrée de l'EHPAD, à chaque étage et figure dans le livret d'accueil		
Contrat de séjour	<b>OUI</b>	Il est remis et expliqué à chaque résident et/ou à son représentant légal le jour de l'admission		
La liste des personnes qualifiées est mise à disposition	<b>OUI</b>	Elle est remise et expliquée à chaque résident et/ou à son représentant légal le jour de l'admission		
Conseil de la vie sociale ou autre forme de participation	<b>OUI</b>	Il se tient 3 fois/an. Les membres du CVS sont consultés et expriment		

		leurs propositions. Leurs avis sont pris en compte Il est actif		
Règlement de fonctionnement	<b>OUI</b>	Il est remis et expliqué à chaque résident et/ou à son représentant légal le jour de l'admission	Le réactualiser	
Projet d'établissement	<b>OUI</b>	Il est élaboré de façon participative et est connu du personnel		
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	<b>OUI</b>	La Charte des droits de la personne accueillie es affichée dans les couloirs à chaque étage. Le protocole bientraitance est mis en œuvre 44% des personnels sont formés Formations régulières des personnels sur des thématiques de bientraitance	Augmenter le nombre de personnels formés  Mettre en place un atelier relatif aux pratiques professionnels	
Projet d'accompagnement personnalisé	<b>OUI</b>		Formaliser la procédure Réactualiser la liste des référents	
Actions de prévention et accès aux soins et liens avec des établissements de santé et les professionnels libéraux	<b>OUI</b>	Présence d'une diététicienne libérale avec une intervention un jour par semaine Présence de kiné libéraux Deux dentistes de Montignac se déplacent au sein de l'EHPAD	Inscrire l'établissement dans un programme régional de suivi bucco-dentaire	



		lorsqu'ils sont sollicités		
Evènements indésirables : <i>mise en place au sein de l'établissement d'un protocole de signalement des évènements indésirables (fugues, chutes, erreur médicamenteuse...) et de signalement de cas de maltraitance</i>	OUI	La procédure est mise en place		
Existence d'un tableau de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité	OUI		Le réactualiser et réactiver son suivi	
Appropriation des recommandations des bonnes pratiques (RPP) par l'ensemble du personnel de l'établissement	OUI		Renforcer l'appropriation et la diffusion auprès du personnel	
<b>GARANTIE DES DROITS, EXPRESSION ET PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RESIDENTS</b>				
Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes	NON	La direction en équipe pluridisciplinaire reçoit le résident et/ou la famille et veille à apporter une réponse adaptée	Formaliser le processus et mettre en place un registre	
Information des résidents à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	OUI	Information réalisée par la psychologue auprès des familles et des résidents	Formaliser le processus	
<b>VOLET MÉDICAL DE LA PRISE EN CHARGE</b>				
Volet médical du projet d'établissement Date d'actualisation	OUI 2015-2020			
Livret thérapeutique en place	NON			
Projet individuel de prise en charge pluri professionnel ou Plan Personnalisé de Soins	OUI		Mise à jour des suivis	
Protocole risque de chute	OUI	Protocole		
Prévention et prise en charge des escarres	OUI	Protocole		
Accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires	OUI	Protocole		
Prise en charge de la douleur	OUI	Protocole		
Accompagnement de la fin de vie	OUI	Protocole		
Prise en charge de la dénutrition	OUI	Protocole + diététicienne		
Prise en charge des troubles comportementaux dont les alternatives thérapeutiques aux médicaments	NON	Existence d'outil thérapeutique tel que la salle snozelen	Absence de protocoles	

### Circuit du médicament

L'établissement dispose-t-il d'une pharmacie à usage intérieur soumise à autorisation : ~~Oui~~/Non

Si oui, date de l'arrêté d'autorisation :

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

Actions	Quelles réalisations
<p>Actions mises en place pour sécuriser et/ou optimiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pertinence des prescriptions médicamenteuses ;</li> <li>- La dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments ;</li> <li>- La préparation interne ou externe des doses individuelles de médicaments</li> <li>- L'administration des médicaments dont l'identitovigilance</li> <li>- Le stockage, les conditions de conservation des médicaments (locaux, coffre-fort, médicaments de la chaîne du froid) ;</li> <li>- L'informatisation du circuit du médicament</li> <li>- La gestion des erreurs médicamenteuses (RETEX).</li> </ul>	<p>Le circuit du médicament est protocolisé (prescription, dispensation, stockage, préparation distribution, administration et validation)</p> <p>Les prescriptions, l'administration et la validation sont informatisées via le logiciel TITAN</p>

### 3.2.5. Bilan de la convention tripartite précédente - EHPAD Eugène Le Roy

Nom EHPAD : Eugène Le Roy				
Date d'effet de la convention : 2016				
Date de fin de la convention : 2021				
Intitulé fiches action	Objectifs	Moyens engagés	Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)	Observations
1 Mettre en place la cartographie des risques, attache prise avec CCECQA	1 - Poursuivre la démarche continue d'amélioration de la qualité	Coût financier de l'intervention du CCECQA	NR	
2 Remettre en place la Commission d'animation et la faire vivre		Temps humain	EC	
3 Mettre en place la formation sur l'évaluation des risques psychosociaux, notamment pour les membres du		Coût de la formation	NR - pour la 1 <sup>ère</sup> action  R - Concernant le suivi du Document unique	

CHSCT – assurer le suivi du Document unique				
---	--	--	--	--

<b>Intitulé fiches action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Moyens engagés</b>	<b>Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)</b>	<b>Observations</b>
1 Continuer à informer le personnel soignant sur les RBPP de l'ANESM	2 – Continuer la promotion de la bientraitance	Temps humain	<b>EC</b>	
2 Retravailler et diffuser les enquêtes de satisfaction à destination des familles		Temps humain	<b>EC</b>	

<b>Intitulé fiches action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Moyens engagés</b>	<b>Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)</b>	<b>Observations</b>
1 Poursuivre la sensibilisation initiée auprès des IDE et des médecins traitants	3 – Poursuivre le travail initié sur la sécurisation du médicament	Coût de la formation et temps humain	<b>EC</b>	
2 Tenter d'inciter les médecins traitants à prescrire des traitements issus du futur livret thérapeutique (liste préférentielle et de précaution d'emploi) et à le faire par le biais du logiciel de soins OSIRIS		Temps humain	<b>NR</b>	

<b>Intitulé fiches action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Moyens engagés</b>	<b>Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)</b>	<b>Observations</b>
1 Poursuivre les formations sur la prévention des chutes	4 – Maintenir la bonne prise en charge des résidents	Coût de la formation	<b>EC</b>	
2 Poursuivre l'analyse des chutes sur le logiciel Osiris		Temps humain	<b>EC</b>	Changement de logiciel
3 Continuer à sensibiliser le personnel sur l'intérêt de l'utilisation des échelles d'évaluation des risques et à le former sur les différentes thématiques (douleur, escarres, démences...)		Coût de la formation et temps humain	<b>EC</b>	

<b>Intitulé fiches action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Moyens engagés</b>	<b>Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)</b>	<b>Observations</b>
1 Mettre en place la commission gériatrique avec les professionnels libéraux et le nouveau coordinateur	5 – Encourager la coordination avec les professionnels libéraux	Temps humain	<b>NR</b>	
2 Poursuivre le développement de l'utilisation du logiciel de		Temps humain	<b>R</b>	

soins Osiris par les médecins libéraux				
<b>Intitulé fiches action</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Moyens engagés</b>	<b>Réalisé (R) En cours (EC) Non réalisé (NR) Abandonné (A)</b>	<b>Observations</b>
1 Poursuivre la participation et l'implication dans la filière gériatrique du Périgord Noir	6 – Poursuivre l'inscription dans la filière gériatrique	Temps humain	NR	
2 Participer au bon fonctionnement de l'outil Viatrajectoire		Temps humain	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 ? Augmenter la capacité d'accueil de 86 à 87 places
- Des alternatives à l'hébergement permanent sont-elles envisageables dans le cadre de ce CPOM (ex. redéploiement en fonction des taux d'activité et des projets de service, couverture des zones dites blanches par des accueils de jour itinérant) ?
- Des hébergements temporaires d'urgence et des accueils de nuit sont-ils déjà mis en place ou prévus ? Il est envisagé que cette 87<sup>ème</sup> chambre devienne une place d'hébergement temporaire

## ANNEXE N° 2 : FICHES ACTIONS

### AXE 1 : Parcours et coordination

Fiche action n°1	
Coordination des soins et parcours de santé	
<i>Référent (personne ou institution) : directeur, cadre de santé, médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'EHPAD a développé un certain nombre de coopérations avec différents acteurs du territoire au bénéfice des résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenariat avec l'HAD du CH de Sarlat</li> <li>- Conventions avec des équipes mobiles               <ul style="list-style-type: none"> <li>. Équipe mobile de soins palliatifs (Pallia 24)</li> <li>. Filière gériatrique du Périgord Noir</li> <li>. Équipe de secteur psychiatrique</li> </ul> </li> <li>- Intervention d'un psycho-géronte via le partenariat établi avec le Verger des Balans</li> </ul> <p>Une convention est établie avec la pharmacie du centre de Montignac pour optimiser et sécuriser la dispensation, la délivrance et la livraison des médicaments</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Structurer la continuité du parcours (domicile/EHPAD/SSIAD, accès aux soins à l'hôpital)</p> <p>Développer la coordination avec les partenaires afin de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes et éviter les ruptures de prise en charge</p> <p>Améliorer la coordination et le partenariat avec les professionnels de santé</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Impulser une nouvelle dynamique</p> <p>Réactualiser nos conventions de partenariat</p> <p>Optimiser la coordination à l'entrée et à la sortie des hospitalisations. Définir les procédures d'admission directe dans l'établissement de santé sans passage par les urgences, notamment en service de gériatrie aiguë et de soins palliatifs</p> <p>Poursuivre et amplifier les initiatives pour soutenir les aidants familiaux et les réseaux de solidarité</p> <p>Mettre en place une convention avec le CH de Sarlat pour assurer la continuité des soins dans le cadre du plan bleu</p> <p>Fixer des réunions de coordination avec les professionnels libéraux (commission gériatrique) 1 fois par an</p> <p>Créer une grille d'analyse des résultats pour chaque convention</p>

<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CH de Sarlat</li> <li>- EHPAD, SSIAD du secteur</li> <li>- GCSMS 47/24</li> <li>- PTA</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	Augmentation du temps de médecin coordonnateur à 0,40 ETP en 2021 (actuellement à 0,30 ETP)
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de conventions réactualisées</li> <li>- Existence de temps et d'outils de coordination (réunion de synthèse, fiche de coordination...)</li> <li>- Nombre de réunions de coordination avec les professionnels libéraux par an et évolution du taux de participation des professionnels</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prise en charge des demandes de soins palliatifs</li> <li>- Taux de prise en charge des demandes de HAD</li> <li>- Taux de prise en charge par les urgences</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Veiller au bon respect des conventions signées  <i>Instruction n°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées</i>

**AXE 1 : Parcours et Coordination**

<b>Fiche action N°2</b> <b>Mise en œuvre du projet de télémédecine</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : directeur, cadre de santé, médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Les résidents, souvent fragiles, sont parfois difficilement mobiles pour se rendre en consultation extérieure. Ils doivent pouvoir accéder à des consultations de spécialistes sans avoir à se déplacer dans le cadre de soins programmés ou dans une situation d'urgence. L'équipe soignante de l'EHPAD accompagne le patient et aide à la mise en place de la téléconsultation.</p> <p>L'EHPAD dispose déjà du matériel nécessaire</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organiser le parcours du patient</li><li>- Structurer une filière de prise en charge adaptée</li><li>- Développer les savoir-faire, notamment pour le personnel soignant</li><li>- Renforcer le travail en réseau</li><li>- Développer une démarche qualité commune</li></ul>
<b>Description de l'action</b>	<p>Mettre en place la télémédecine (téléconsultations + télé-expertises)</p> <p>Former le personnel</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- CH de Sarlat (médecins requis)</li><li>- Médecins traitants (médecins requérants)</li><li>- Personnel soignant</li><li>- Le résident</li></ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Logiciel PAACO Globule</li><li>- Matériel informatique : Connexion WIFI dans l'ensemble de l'établissement. Equipement de tablettes et d'un chariot de télémédecine.</li><li>- Salle dédiée à la télémédecine</li></ul>



<b>Calendrier prévisionnel</b>	Sur la durée du CPOM
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de télé-expertises et téléconsultations réalisées / nombre de demandes</li><li>- Taux de personnel formé</li></ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	

**AXE 1 : Parcours et coordination**

<b>Fiche action n°3</b>	
<b>Structurer la démarche d'accompagnement de fin de vie en lien avec la RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles) et les directives anticipées</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs dans leur conception large font partie du projet d'accompagnement global du résident. Les professionnels ont une attitude bienveillante. L'EHPAD s'assure que les informations relatives à la fin de vie ont bien été recueillies, notamment les consignes en cas de décès (directives anticipées).</p> <p>Il existe un protocole « Décès et Conduite à tenir en cas de décès »</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Renforcer la qualité de la prestation concernant l'accompagnement de la fin de vie en cohérence avec la RBPP de l'ANESM</p> <p>Soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes physiques mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle de la personne en fin de vie</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Formaliser la stratégie d'accompagnement de fin de vie dans le projet d'établissement</p> <p>Former de façon renouvelée tous les 5 ans les professionnels soignants sur la fin de vie</p> <p>Mettre en place un staff en équipe pluridisciplinaire pour accompagner la démarche palliative</p> <p>Faire réaliser par le médecin une prescription de prise en charge soins palliatifs</p> <p>Formaliser la décision et les modalités de consentement, la démarche de soins palliatifs</p> <p>Evaluer quotidiennement les besoins et attentes que ce soit au niveau physique, en particulier sur le plan du soulagement de la douleur, psychologique, spirituel et échanger avec le médecin traitant sur les conduites à tenir</p> <p>Développer une démarche d'adaptation de l'environnement du résident pour créer un environnement paisible</p> <p>Réaliser des activités type « snozelen » dans la chambre du résident</p> <p>Diffuser la RBPP de l'ANESM sur l'accompagnement en fin de vie</p> <p>Instaurer une personne référente de l'accompagnement de fin de vie</p> <p>Organiser une à deux fois par an une analyse des pratiques sur l'accompagnement de fin de vie</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Résidents</li><li>- Familles / responsables légaux</li><li>- Personne de confiance</li><li>- Personnel soignant</li><li>- Cadre de santé</li><li>- Médecin coordonnateur</li><li>- Médecins traitants</li></ul>

	- Psychologue
<b>Moyens nécessaires</b>	Budget de formation Temps de référent fin de vie (1j/mois) : 0,05 ETP (1875 € chargé) Analyse de pratique : temps d'intervenant = 3000€
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2 <sup>ème</sup> semestre 2022
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un protocole sur les modalités de consentement, la démarche de soins palliatifs</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de staff / nombre de staff prévus</li> <li>- Taux de résidents en fin de vie disposant d'un diagnostic de fin de vie</li> <li>- Taux de résidents décédés au sein de l'EHPAD</li> <li>- Taux de recueil des directives anticipées</li> <li>- Taux de personnels soignants formés sur la fin de vie</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>RBPP de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident »</p> <p>RBPP de l'ANESM « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD »</p>

## AXE 2 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche action n°4 Prévention de la dénutrition	
Réfèrent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur, diététicienne	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'EHPAD finance 0,20 ETP de temps de diététicienne pour la validation des menus</p> <p>Un suivi (IMC...) est mis en place</p> <p>En cas de besoin un plan d'enrichissement est prescrit par le médecin coordonnateur</p> <p>Les horaires du repas du soir et du petit déjeuner ne permettent pas actuellement de respecter le temps de jeûne. Une collation du soir est systématiquement proposée pour pallier à l'amplitude horaire élevée (plus de 13h entre la fin du dîner et le début du petit déjeuner).</p> <p>L'aide aux repas ne peut se faire dans les meilleures conditions du fait de la forte dépendance des résidents</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Lutter contre la dénutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition</li> <li>- Définir un projet d'intervention de la diététicienne</li> </ul> <p>Optimiser le temps de jeûne entre le dîner et le petit déjeuner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'une réorganisation pour optimiser le temps de jeûne entre le dîner et le petit-déjeuner</li> <li>- Décaler le temps de repas nécessitera une augmentation des effectifs</li> </ul> <p>Porter une vigilance sur le déroulement de l'aide aux repas et définir comment l'améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réfléchir et réorganiser la prise des repas des plus dépendants</li> </ul>
<b>Description de l'action</b>	<p><b>Dépistage et prévention de la dénutrition</b></p> <p>Transférer les actions de dépistage et d'analyse des risques de dénutrition actuellement réalisées par le médecin coordonnateur sur l'intervention de la diététicienne</p> <p>Prescrire systématiquement un bilan à l'entrée du résident et au retour d'hospitalisation, comprenant l'albuminémie</p> <p>Mener un travail sur les enrichissements</p> <p>Adapter les menus : recueil des goûts et aversions.</p> <p>Diversifier les présentations visuelles et les formes de textures modifiées</p> <p>Définir les quantités individuelles et la « qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS » (décret n°2012-144 du 30 janvier 2012)</p> <p>Développer le manger mains</p> <p><b>Porter une vigilance sur le déroulement de l'aide aux repas et optimiser le temps de jeûne</b></p> <p>Mise en place d'une réorganisation du travail des différents services impactés pour se mettre en conformité sur le respect du temps de jeûne entre le dîner et le petit-déjeuner</p> <p>Porter une vigilance sur le déroulement de l'aide aux repas et définir comment l'améliorer</p>

	Réfléchir et réorganiser la prise des repas des plus dépendants
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Diététicienne</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- AS/IDE</li> <li>- Service cuisine</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p><b>Prévention et dépistage de la dénutrition</b></p> <p>Temps requis de la diététicienne</p> <p>Formation des cuisiniers sur le manger mains (temps de remplacement pour se rendre à la formation : 3 jours soit 21h – 0,15 ETP/personne formée)</p> <p><b>Porter une vigilance sur le déroulement de l'aide aux repas et optimiser le temps de jeûne</b></p> <p>Renforcer le temps d'accompagnement aux repas le soir et le week-end et décaler le temps du dîner. Cela nécessitera une augmentation des effectifs</p> <p>Renforcement de l'équipe du soir d'un poste quotidiennement. Temps de soignant pour accompagner le manger mains (0,5x1,57 = 0,8 ETP soit 30 000€/an)</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un protocole de repérage des troubles de nutrition</li> <li>- Mise en oeuvre du manger mains</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents en dénutrition</li> <li>- Temps de jeûne</li> <li>- Taux de résidents ayant besoin d'aide aux repas</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un bilan nutritionnel</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un plan d'enrichissement</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>Stratégie HAS de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée</p> <p>Sous réserve de moyens financiers supplémentaires en interne</p>

## AXE 2 : Prévention, qualité et sécurité des soins

Fiche action n°5	
Mise en œuvre d'une politique de prévention et de suivi bucco-dentaire	
<i>Référent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	Plusieurs résidents ont tendance à s'isoler du fait de leur hygiène buccale ou à perdre de l'appétence pour les repas conduisant peu à peu à une dénutrition Les professionnels en EHPAD ne sont pas assez sensibilisés à la prise en charge de la santé buccodentaire et de son retentissement sur l'état de santé des résidents Perte de qualité de vie pour les résidents. L'établissement n'a pas passé de convention avec un dentiste.
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	La mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne âgée conduisant par exemple à des pathologies générales cardio-vasculaires, pulmonaires, augmentation du risque de dénutrition et d'ostéoporose, diminution de la qualité de vie (mauvaise haleine, perte de goût, repli social...). Dès lors, l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD constitue un enjeu de prévention et de santé publique important. La sensibilisation des professionnels EHPAD à l'hygiène buccodentaire permet la prévention et la détection de pathologies nécessitant des soins spécialisés de manière plus précoce et d'éviter ainsi d'arriver à des états de dégradation irréversibles
<b>Description de l'action</b>	Demander un bilan bucco-dentaire et une identification des appareils au moment de l'admission  Organiser l'intervention d'un dentiste pour proposer un bilan bucco-dentaire à l'ensemble des résidents et assurer un suivi des soins à réaliser  Evaluer et suivre les pratiques professionnelles sur la prévention bucco-dentaire  Former le personnel
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Personnel soignant</li> <li>- Cabinets dentaires du secteur</li> <li>- Union française pour la santé bucco-dentaire</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	Partenariat avec un cabinet dentaire et/ou avec un institut d'odontostomatologie
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention avec un cabinet dentaire et/ou avec un institut d'odontostomatologie</li> <li>- Rapport d'évaluation sur les pratiques professionnelles sur la prévention bucco-dentaire</li> <li>- Taux de personnel soignant formé à la prévention</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission</li> <li>- Taux de résidents ayant un dentier marqué</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire quotidienne</li> <li>- Taux de résidents ayant bénéficié d'un suivi par un dentiste</li> <li>- Taux de personnel soignant formé à la prévention</li> </ul>

	-
<b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b>	Soins dentaires difficiles d'accès

**AXE 2 : Prévention, qualité et sécurité des soins**

Fiche action n°6 La prévention de la douleur	
<i>Référent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'EHPAD a développé de nombreuses actions pour la prévention des différents risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration de protocoles</li> <li>- Elaboration de plans de soins actualisés</li> <li>- Formations</li> <li>- Plan bleu (épidémie, canicule...)</li> <li>- La gestion des médicaments est organisée pour assurer la sécurité et la conformité des traitements</li> </ul> <p>La planification annualisée des RH en termes de poste ne permet pas de consacrer le juste temps pour des actions ciblées de prévention</p> <p>Des besoins sont identifiés pour la réalisation des soins et la prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des personnes accueillies</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p><b>Mettre en place l'auto-évaluation des pratiques professionnelles préconisées par l'HAS et en assurer l'analyse</b></p> <p><b>Développer une politique de formation adaptée</b></p> <p>Tendre vers 100% du personnel soignant formé aux axes prioritaires (douleur, fin de vie, détérioration intellectuelle et bientraitance)</p> <p><b>Développer la prévention des escarres</b></p> <p><b>Prévention de la douleur</b></p> <p>Développer l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur</p> <p>Développer la prévention de la souffrance psychologique</p> <p>Diminuer les événements indésirables concernant la sécurité des soins</p> <p>Disposer du temps nécessaire de professionnel pour réaliser les différentes actions de prévention</p>
<b>Description de l'action</b>	<p><b>Prévention de la douleur</b></p> <p>Utiliser l'échelle « Algoplus » à l'admission du résident en cas de nécessité</p> <p>Sensibiliser les médecins à l'utilisation des antalgiques de pallier 3 dans le cadre d'une commission de coordination gériatrique</p> <p>Former l'ensemble du personnel soignant</p> <p>Instaurer un référent douleur</p> <p>Faire un bilan (au minimum annuel) de la démarche de prévention</p> <p>Définir précisément les missions du référent</p> <p><b>Souffrance psychique</b></p>



	<p>Faire intervenir la psychologue auprès de l'usager sur les 2 premiers jours de l'entrée en institution</p> <p>Proposer un accompagnement par la psychologue des proches aidants (familles...)</p> <p>Faire intervenir une psychomotricienne pour évaluer les potentialités de la personne</p> <p>Faire intervenir un éducateur sportif pour des activités de type gymnastique douce</p> <p>Intervention de l'équipe mobile de psychogériatrie</p> <p>Systematiser le dépistage de la dépression (EDDI)</p> <p>Mettre en place un temps d'analyse de pratiques animé par le médecin coordonnateur</p> <p>Elaborer des protocoles d'urgence adaptée au risque suicidaire</p> <p>Utiliser une grille d'évaluation du risque suicidaire</p> <p><b>La prévention des escarres</b></p> <p>Systematiser l'évaluation (Norton) à l'entrée et sur les épisodes récurrents</p> <p>Développer l'intervention d'une psychomotricienne</p> <p>Définir précisément les missions du référent</p> <p><b>Pour l'ensemble des risques :</b></p> <p>Mise en place de référents. Ces référents disposeront d'un temps identifié dans les plannings (1 journée par mois) et de formations spécifiques. Ils auront pour mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un rôle d'expertise (information, diffusion des bonnes pratiques, analyse des cas)</li> <li>- L'élaboration des pratiques et outils d'évaluation et de suivi</li> <li>- Le suivi des tableaux de bords mis en place</li> <li>- Education des résidents et proches à la santé</li> </ul> <p>Réaliser un audit bientraitance</p>
<p><b>Identification des acteurs à mobiliser</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Personnel soignant</li> <li>- Cadre de santé</li> </ul>
<p><b>Moyens nécessaires</b></p>	<p>Temps de référent IDE douleur, chute, escarres (1 journée/mois/référent) soit 0,05 ETP par référent</p> <p>Pour 3 référents IDE 4500€ chargés/an (2250€ chargés/référent IDE)</p> <p>Temps d'analyse en groupe d'autoévaluation (2 séances/an pour un groupe de 10 personnes, 2h/réunion soit 40 heures (824 €))</p> <p>Formation interne ou temps d'intervention d'intervenants extérieurs (formation à la prévention de la douleur)</p> <p>Temps de psychologue pour l'accueil des usagers et des familles (0,2 ETP soit 315 h/an)</p> <p>Partenariat avec l'équipe mobile de psychogériatrie (négociation avec un établissement de santé mentale)</p> <p>Continuer sur la durée du CPOM les formations sur le risque d'escarres &gt; budget formation</p> <p>Temps de psychomotricienne qui a été augmenté à hauteur de 0,50%</p> <p>Le pilotage de la démarche de prévention et la démarche qualité. Suivi acculturation EIG et Pilotage Qualité et tableau de la performance. RBPP</p>

	1j/15 jours (0,10 ETP de qualitiennne) convention avec autre EHPAD
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement d'une qualitiennne</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'escarres acquises</li> <li>- Taux des résidents bénéficiant d'une évaluation douleur</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'une contention passive</li> <li>- Taux de personnel soignant formé aux axes prioritaires (douleur, fin de vie, détérioration intellectuelle et bienveillance)</li> <li>- Nombre de formations réalisées dans les domaines de la prévention et de la sécurité des soins sur le nombre de formations totales</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	RBPP

## AXE 2 : Prévention, qualité et sécurité des soins

### Fiche action n°7

#### La prévention des risques liés à la vulnérabilité des personnes accueillies (chutes, risque infectieux et perte d'autonomie)

Référent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur, psychomotricienne

<b>Constat du diagnostic</b>	<b>Volet CHUTE ET PERTE D'AUTONOMIE</b>  Peu d'ateliers physiques sont réalisées auprès de certains résidents. Par manque de temps et de personnel formé à la conduite de ces ateliers, les capacités résiduelles de ces résidents ne sont pas suffisamment stimulées. Cela impacte, par conséquent, leur autonomie, leur estime d'eux-mêmes. Le manque de mobilité et d'activités auprès de ces résidents induit une diminution de la masse et de la force musculaire, donc une perte d'autonomie ainsi qu'une augmentation du risque de chutes  Il n'existe pas d'atelier d'analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire  <b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b>  Absence de DARI au sein de l'EPAD  Absence de démarche protocolisée
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<b>Volet CHUTE</b>  La prévention des chutes  Développer l'évaluation des personnes au-delà de l'évaluation réalisée dans le cadre du projet personnalisé  Réaliser un suivi statistique et une analyse des chutes  <b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b>  Développer la prévention du risque infectieux  <b>Volet PERTE D'AUTONOMIE</b>  Prévention de la perte d'autonomie  Renforcer et outiller le repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie
<b>Description de l'action</b>	<b>Volet CHUTE</b>  Réaliser des activités « gymnastique douce », aide à la marche par une intervention extérieure  Faire un bilan/analyse de l'ensemble des chutes et intégrer le bilan des chutes dans le RAMA  Mise en place d'un référent chutes  Définir précisément les missions du référent  <b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b>  Réaliser une auto-évaluation avec un référentiel « type DARI »  Développer des actions de prévention issues du résultat de l'évaluation

	<p>Mettre en place l'intervention d'un professionnel pour piloter la démarche de prévention</p> <p><b>Volet PERTE D'AUTONOMIE</b></p> <p>Développer l'intervention d'un psychomotricien/APA/activités psycho sensorielles</p> <p>Développer des thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) : techniques de soins, d'approches environnementales, d'approches humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie comportementale Réminiscence</li> <li>- Thérapie comportementale Récupération Mnésique</li> <li>- Thérapie comportementale Sensorielle</li> <li>- Thérapie comportementale Praxique</li> <li>- Thérapie comportementale Environnementale</li> <li>- Thérapie de médiation par le jeu</li> </ul> <p>Mettre en place une démarche d'appropriation de la RBPP sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées</p> <p>Mettre en place une grille de repérage</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Personnel soignant</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Psychomotricienne</li> <li>- Ergothérapeute</li> <li>- Résidents</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p><b>Volet CHUTE</b></p> <p>Temps de référent AS chutes (1 journée/mois/référent)</p> <p>Temps de référent (1j/mois) 0,05 ETP/référent</p> <p>Temps de psychomotricienne</p> <p>Recrutement d'un ergothérapeute</p> <p><b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b></p> <p>Intervention d'une infirmière hygiéniste à 0,20 ETP pour élaboration annuelle DARI et élaboration et mise à jour de protocoles et de leurs applications dans l'EHPPAD 1j/semaine</p> <p><b>Volet PERTE D'AUTONOMIE</b></p> <p>Temps d'intervenants extérieurs</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <p><b>Volet CHUTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de protocoles : prévention des risques de chutes et analyse des chutes</li> </ul> <p><b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps effectif d'intervention d'une infirmière hygiéniste pour la prévention du risque infectieux</li> <li>- Existence d'un plan d'action suite à l'évaluation réalisée</li> </ul> <p><b>Volet PERTE D'AUTONOMIE</b></p> <p>Temps de thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) développés par type d'activité</p> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <p><b>Volet CHUTE ET PERTE D'AUTONOMIE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de chutes (l'objectif du suivi est de diminuer le nombre global de chutes)</li> </ul> <p><b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux des actions prévues au plan d'action réalisées</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance</b>  <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p><b>Volet CHUTE</b></p> <p>Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées</p> <p>Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée</p> <p><b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b></p> <p>RBPP</p> <p><b>Volet PERTE D'AUTONOMIE</b></p> <p>RBPP de l'ANESM « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées Volet EHPAD » via qualitiennne si financée</p>

### AXE 3 : Personnalisation de l'accompagnement

Fiche action n°8 Le projet d'accompagnement personnalisé	
<i>Référent (personne ou institution) : cadre de santé, médecin coordonnateur, psychologue</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>L'élaboration des projets personnalisés est en cours</p> <p>Une nouvelle démarche permet l'intégration des plans de soins et d'un projet de vie dans un PAP global</p> <p>Une procédure est établie</p> <p>La formalisation du projet est faite au cours d'une réunion de l'équipe pluridisciplinaire</p> <p>Les outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettent à l'EHPAD d'élaborer les projets personnalisés (évaluation gériatrique globale de l'autonomie avec DOLOPLUS, MMS, EDDI, NPIES, NORTON, AGGIR et macrocible à l'entrée, recueil des habitudes de vie)</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Mise en place et révision annuelle du projet personnalisé pour chaque résident
<b>Description de l'action</b>	<p>Intégrer les PAP dans le logiciel métier « TITAN »</p> <p>Mettre en place une planification des étapes d'élaboration, de suivi et de réactualisation des projets personnalisés</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Résidents</li> <li>- Familles – responsables légaux</li> <li>- Personnes de confiance</li> <li>- Personnel soignant</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	Temps de réunion disciplinaire
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Echelonnement de l'atteinte des 100% sur 3 ans : 2022-2025
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Existence d'une procédure de réévaluation des projets personnalisés</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un projet personnalisé</li> <li>- Taux de projets personnalisés réévalués par an</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	<p>RBPP de l'ANESM</p> <p>« Les attentes de la personne et le projet personnalisé »</p> <p>« Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : accompagnement personnalisé de la santé du</p>

### AXE 3 : Personnalisation de l'accompagnement

Fiche action n°9	
Structurer la démarche d'accompagnement avant et à l'admission	
<i>Référent (personne ou institution) : directeur, responsable accueil</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Absence de rencontre systématique entre l'équipe pluridisciplinaire et la famille à l'admission</p> <p>Absence de visite au domicile avant l'admission.</p> <p>Absence de référent soignant dans la prise en charge du nouveau résident</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	Améliorer l'accueil du résident et de sa famille
<b>Description de l'action</b>	<p>Systematiser les rencontres avec les familles à l'admission</p> <p>Instaurer des visites à domicile</p> <p>Nommer des référents soignants dans la prise en charge du nouveau résident</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familles / responsables légaux</li> <li>- Personne de confiance</li> <li>- Cadre de santé</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Directeur</li> <li>- Responsable de l'accueil</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Temps dédié</p> <p>Formaliser la procédure de désignation des référents soignants</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de visites à domicile réalisées / nombre d'admissions</li> <li>- Nombre de rencontres de familles nouveaux entrants réalisées par an sur le nombre d'entrées total</li> <li>- Taux de résidents entrants bénéficiant d'un référent soignant</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de satisfaction des familles sur l'accueil via enquête</li> </ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	

**AXE 4 : Performance et management de la qualité****Fiche action n°10****Développer la qualité de vie au travail (QVT) favorisant des perspectives professionnelles***Référent (personne ou institution) : directeur*

<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Absence de questionnaire de satisfaction à l'attention du personnel</p> <p>Le nombre d'accidents du travail a augmenté</p> <p>Niveau d'absentéisme maîtrisé mais lorsqu'il se détériore cela a une incidence sur la survenance de RPS</p> <p>Le niveau de dépendance resté élevé (778) nécessitant une prise en charge auprès d'une part importante de GIR 1-2 ayant des répercussions sur la manutention</p> <p>L'EHPAD est confronté à une problématique en termes de recrutement par rapport à la réception de CV au niveau du pôle soins.</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Veiller à la QVT des équipes</p> <p>Conduire une réflexion globale sur les risques professionnels et sur les problématiques d'absentéisme et de turn over qui en découlent</p> <p>Prévenir les risques liés à la manutention des résidents (TMS...)</p> <p>Développer les potentialités en termes de parcours professionnels</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Mise en place d'équipements de prévention des risques liés à la manutention</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Des rails de transfert pour l'ensemble des chambres</li><li>- Des outils de prévention</li></ul> <p>Mise en place en 2022 d'une nouvelle évaluation des risques professionnels intégrant les RPS et la QVT, son suivi serait intégré dans la fiche de poste de la qualitiennne</p> <p>Création ou appartenance à un GCSMS qui intègre l'intégralité de la Dordogne pour mettre en place notamment une démarche de parcours professionnel</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Directeur</li><li>- Responsable des Ressources Humaines</li><li>- L'ensemble des professionnels</li></ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Poursuite de l'équipement en rails de transfert sur les 5 ans du CPOM 20 000€/an</p> <p>Achat d'outils de prévention</p> <p>Temps de qualitiennne</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux de chambres équipées en rails de transfert</li><li>- Existence d'un plan d'action suite à l'évaluation des risques professionnels</li><li>- Nombre de réunions d'analyse de pratiques professionnelles par an</li><li>- Taux de participation aux questionnaires par le personnel</li></ul>



	<b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluation de la satisfaction du personnel via les questionnaires</li><li>- Taux d'absentéisme pour maladie et AT</li><li>- Taux d'agents sensibilisés à la démarche QVT</li></ul>
<b>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</b>	RBPP de l'ANESM : Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi du personnel au regard des populations accompagnées

#### AXE 4 : Performance et management de la qualité

Fiche action n°11 Améliorer l'efficience et le pilotage interne	
Réfèrent (personne ou institution) : directeur	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>La prochaine évaluation interne est fixée pour avril 2022</p> <p>L'EHPAD rencontre des difficultés pour piloter la démarche qualité du fait de l'absence de temps de professionnel dédié. Des actions d'amélioration sont réalisées mais il n'y a pas de suivi régulier de la démarche</p> <p>L'évaluation de l'impact, des effets sur la qualité des prestations n'est pas développée</p> <p>Le RAMA n'est pas constitué</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Organiser la démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p>Développer les outils de pilotage, d'évaluation et de mesure de l'impact sur la qualité des prestations</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Disposer d'un temps de fonction dédié au pilotage (qualiticienne)</p> <p>Structure et assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le suivi de la démarche d'amélioration de la qualité</li> <li>- L'évaluation de l'impact, des effets sur la qualité des prestations</li> </ul> <p>Développer des outils de pilotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer le rapport d'activité médical. La mise en place d'un logiciel métier (TITAN) facilitera son élaboration</li> <li>- Développer un bilan structuré permettant d'estimer pour chaque projet personnalisé les moyens déployés et l'effectivité des actions prévues.</li> <li>- Intégrer dans le rapport annuel d'activité un état des effets de l'accompagnement pour les usagers en lien avec les prestations à partir des indicateurs définis</li> </ul>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualiticienne</li> <li>- Directeur</li> <li>- Médecin coordonnateur</li> <li>- Cadre de santé</li> </ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Temps de fonction dédié au pilotage réalisé par qualiticienne</p> <p>Disposer d'un temps de 0,40 ETP de médecin coordonnateur</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'événements indésirables relevés par typologies</li> <li>- Temps effectif de référent qualité</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation du RAMA et mise à jour du rapport d'activité</li> <li>- Transmission annuelle de la cartographie des risques</li> <li>- Transmission du plan d'amélioration continu de la qualité</li> </ul>
<b>Points de vigilance</b>	Moyens financiers

**AXE 4 : Performance et management de la qualité**

<b>Fiche action n°12</b> <b>Le traitement des événements indésirables graves (EIG)</b>	
<i>Référent (personne ou institution) : directeur, cadre de santé, médecin coordonnateur, qualitiennne</i>	
<b>Constat du diagnostic</b>	<p>Le personnel a accès aux fiches d'EI. Par ailleurs, un registre de signalisation des plaintes et réclamations est en cours</p> <p>Pour autant la démarche spécifique concernant les EIG n'est pas formalisée et nécessite d'identifier les acteurs afin d'assurer une analyse et un suivi des événements déclarés</p>
<b>Objectif opérationnel (ou spécifique)</b>	<p>Répondre à l'obligation faite aux ESMS de signaler les EI</p> <p>Outil de management (RETEX)</p> <p>Améliorer la qualité de service auprès des résidents</p>
<b>Description de l'action</b>	<p>Elaborer la procédure sur la déclaration et la gestion des EIG</p> <p>Sensibiliser des professionnels à la notion d'EI (temps d'information, diffusion de documents)</p> <p>Instaurer une démarche d'analyse de façon systémique et systématique de l'EIG (= RETEX)</p> <p>Organiser le retour aux professionnels et au CVS sur les actions d'amélioration suite à l'analyse</p> <p>Faire un bilan statistique sur les EIG</p>
<b>Identification des acteurs à mobiliser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personnel soignant</li><li>- Cadre de santé</li><li>- Qualitiennne</li><li>- Directeur</li><li>- Médecin coordonnateur</li></ul>
<b>Moyens nécessaires</b>	<p>Temps de sensibilisation des personnels</p> <p>Suivi acculturation EIG et pilotage qualité et tableau de la performance</p> <p>0,20 ETP de qualitiennne</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2022-2026
<b>Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action</b>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Existence d'une procédure de gestion des EI actualisée</li><li>- Existence d'une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des EI</li></ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'événements indésirables déclarés</li><li>- Taux d'EIG analysés</li><li>- Taux de RETEX réalisés</li></ul>

<p><b>Points de vigilance</b> <b>Bonnes pratiques à promouvoir</b></p>	<p>RBPP de l'ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »</p> <p><i>Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients</i></p> <p><i>Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales</i></p>
--	--



**ANNEXE N° 4.2 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS**

OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs de suivi	Cible à atteindre	ETAT D'AVANCEMENT					COMMENTAIRES
			Calendrier					
			N	N+1	N+2	N+3	N+4	
<p align="center"><u>Fiche action n° 1</u> <b>Coordination des soins et parcours de santé</b></p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de conventions réactualisées</li> <li>- Existence de temps et d'outils de coordination (réunion de synthèse, fiche de coordination...)</li> <li>- Nombre de réunions de coordination avec les professionnels libéraux par an et évolution du taux de participation des professionnels</li> </ul>	2 par an						
	<p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de prise en charge des demandes de soins palliatifs</li> <li>- Taux de prise en charge des demandes de HAD</li> <li>- Taux de prise en charge par les urgences</li> </ul>	100 %						
		100 %						
		100%						

<p><u>Fiche action n° 2</u>  <b>Mise en œuvre du projet de Télémédecine</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de télé-expertises et téléconsultations réalisées / nombre de demandes</li> <li>- Taux de personnel formé</li> </ul>	<p>100%</p> <p>100 %</p>			
<p><u>Fiche action n° 3</u>  <b>Structurer la démarche d'accompagnement de fin de vie en lien avec la RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles) et les directives anticipées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de staff / nombre de staff prévus</li> <li>- Taux de résidents en fin de vie disposant d'un diagnostic de fin de vie</li> <li>- Taux de résidents décédés au sein de l'EHPAD</li> <li>- Taux de recueil des directives anticipées</li> <li>- Taux de personnels soignants formés sur la fin de vie</li> </ul>	<p>100% (sauf taux de résidents décédés au sein de l'EHPAD)</p> <p>100%</p>			

<p><u>Fiche action n° 4</u> <b>Prévention de la dénutrition</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents en dénutrition</li> <li>- Temps de jeûne</li> <li>- Taux de résidents ayant besoin d'aide aux repas</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un bilan nutritionnel</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un plan d'enrichissement</li> </ul>	<p>Inférieur à 12h00</p> <p>Baisse du taux de résidents en dénutrition sur 5 ans</p>						
---	--	--	--	--	--	--	--	--



<p>Fiche action n° 5  <b>Mise en œuvre  d'une politique de  prévention et de  suivi bucco-dentaire</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention avec un cabinet dentaire et/ou avec un institut d'odontostomatologie</li> <li>- Rapport d'évaluation sur les pratiques professionnelles sur la prévention bucco-dentaire</li> <li>- Taux de personnel soignant formé à la prévention</li> <li>-</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire à l'admission</li> <li>- Taux de résidents ayant un dentier marqué</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'une toilette bucco-dentaire quotidienne</li> <li>- Taux de résidents ayant bénéficié d'un suivi par un dentiste</li> <li>- Taux de personnel soignant formé à la prévention</li> </ul>						
--	--	--	--	--	--	--	--

100%

<p align="center"><b>Fiche action n° 6</b> <b>La prévention de la douleur</b></p>	<p><b>Indicateurs de mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement d'une qualicienne</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultat (impact)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'escarres acquises</li> <li>- Taux des résidents bénéficiant d'une évaluation douleur</li> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'une contention passive</li> <li>- Taux de personnel soignant formé aux axes prioritaires (douleur, fin de vie, détérioration intellectuelle et bientraitance)</li> <li>- Nombre de formations réalisées dans les domaines de la prévention et de la sécurité des soins sur le nombre de formations totales</li> </ul>	<p>100% pour le taux de résidents bénéficiant d'une évaluation douleur et du taux de personnel formé</p> <p>Baisse du taux sur les 5 ans pour les autres indicateurs</p>				
---	---	--	--	--	--	--

<p><u>Fiche action n° 7</u>  <b>La prévention des risques liés à la vulnérabilité des personnes accueillies (chutes, risque infectieux et perte d'autonomie)</b></p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p><b>Volet CHUTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence de protocoles : prévention des risques de chutes et analyse des chutes</li> </ul> <p><b>Volet RISQUE INFECTIEUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps effectif d'intervention d'une infirmière hygiéniste pour la prévention du risque infectieux</li> <li>- Existence d'un plan d'action suite à l'évaluation réalisée</li> </ul>							
<p><u>Fiche action n° 8</u>  <b>Le projet d'accompagnement personnalisé</b></p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <p>Existence d'une procédure de réévaluation des projets personnalisés</p> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de résidents bénéficiant d'un projet personnalisé</li> <li>Taux de projets personnalisés réévalués par an</li> </ul>	<p>A déterminer avec le CH partenaire</p>	<p>100%</p>					

<p><u>Fiche action n° 9</u>  <b>Structurer la démarche d'accompagnement avant et à l'admission</b></p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de visites à domicile réalisées / nombre d'admissions</li> <li>- Nombre de rencontres de familles nouveaux entrants réalisés par an sur le nombre d'entrées total</li> <li>- Taux de résidents entrants bénéficiant d'un référent soignant</li> </ul> <p><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de satisfaction des familles sur l'accueil via enquête</li> </ul>	<p>100% (excepté pour le nombre de visite à domicile réalisées/nombre d'admissions à analyser selon la pertinence du dossier)</p>					
<p><u>Fiche action n° 10</u>  <b>Développer la qualité de vie au travail (QVT) favorisant des perspectives professionnelles</b></p>	<p><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de chambres équipées en rails de transfert</li> <li>- Existence d'un plan d'action suite à l'évaluation des risques professionnels</li> <li>- Nombre de réunions d'analyse de pratiques professionnelles par an</li> </ul>	<p>80%</p> <p>3 réunions/an</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de participation aux questionnaires par le personnel</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la satisfaction du personnel via les questionnaires</li> <li>- Taux d'absentéisme pour maladie et AT</li> <li>- Taux d'agents sensibilisés à la démarche QVT</li> </ul>	<p>100%</p> <p>Diminution du taux sur les 5 ans</p> <p>100%</p>				
<p><b><u>Fiche action n°11</u></b>  <b>Améliorer l'efficience et le pilotage interne</b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'événements indésirables relevés par typologies</li> <li>- Temps effectif de référent qualité</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation du RAMA et mise à jour du rapport d'activité</li> <li>- Transmission annuelle de la cartographie des risques</li> </ul>	<p>100%</p> <p>0,5 ETP</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission du plan d'amélioration continu de la qualité</li> </ul>								
<p><b><u>Fiche action n°12</u></b>  <b><u>Le traitement des événements indésirables graves (EIG)</u></b></p>	<p><b><u>Indicateurs de mise en oeuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'une procédure de gestion des EI actualisée</li> <li>- Existence d'une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des EI</li> </ul> <p><b><u>Indicateurs de résultat (impact)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'événements indésirables déclarés</li> <li>- Taux d'EIG analysés</li> <li>- Taux de RETEX réalisés</li> </ul>							100% pour l'ensemble des indicateurs	



PRÉFECTURE DE LA DORDOGNE

Conseil Général de la  
**Dordogne**

070548

No Préf  
070664

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES  
Service Personnes Agées

LE PRÉFET DU DÉPARTEMENT  
DE LA DORDOGNE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SOLIDARITÉ  
ET DE LA PRÉVENTION

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL  
DE LA DORDOGNE

- VU le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.313-1 et suivants ;
- VU le code général des collectivités territoriales ;
- VU l'arrêté n°781464 de monsieur le préfet de la Dordogne en date du 04 octobre 1978 autorisant la création de la maison de retraite de Montignac pour une capacité de 80 places ;
- VU l'arrêté n°041961 de monsieur le préfet en date du 10 décembre 2004 autorisant la transformation de la maison de retraite de Montignac en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une capacité de 80 places ;
- VU la délibération en date du 20 décembre 2000 du conseil d'administration de la maison de retraite « Eugène le Roy » de Montignac, relative à une extension de six places ;
- VU l'état des besoins qui justifie l'augmentation de cette capacité ;
- VU que cette extension ne représente pas plus de 30 % d'augmentation et, en tout état de cause, pas plus de 15 places supplémentaires par rapport à la capacité d'accueil initialement autorisée ;
- SUR proposition de monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et de madame le directeur départemental de la solidarité et de la prévention ;

**ARRETENT**

**ARTICLE 1er** : L'autorisation relative à l'extension de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy », prévue à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, est accordée à l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » de Montignac dont la capacité est portée de 80 à 86 places.

**ARTICLE 2** : La présente autorisation sera réputée caduque, en application de l'article L.313.2 du code de l'action sociale et des familles, si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution avant l'expiration d'un délai de trois ans à compter de sa notification.

**ARTICLE 3** : La présente autorisation ne prendra effet qu'après réalisation d'une visite de conformité prévue par le code de l'action sociale et des familles et notamment ses articles D 313-11 à D 313-14.

**ARTICLE 4** : Conformément à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, la présente autorisation est accordée pour une durée de 15 ans. Son renouvellement est subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

**ARTICLE 5 :** L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » de Montignac est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale pour la totalité de sa capacité.

**ARTICLE 6 :** L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » fournit les documents administratifs, financiers et comptables, ainsi que les renseignements statistiques conformément aux articles R.314-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

**ARTICLE 7 :** Le tarif journalier de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » est fixé annuellement par monsieur le président du conseil général conformément aux articles R.314-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles et au taux arrêté par délibération du conseil général en application de l'article R.314-36 du code de l'action sociale et des familles.

**ARTICLE 8 :** L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » de Montignac s'engage à produire avant le 30 avril N+1, le rapport d'activité du directeur de l'établissement et les comptes de résultat de la gestion afférents à l'année N.

**ARTICLE 9 :** Le conseil général de la Dordogne règle à l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » sa contribution au titre de l'aide sociale à terme échu et sur présentation d'état de prise en charge.

**ARTICLE 10 :** L'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » de Montignac est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité habilitée à l'aide sociale, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.

**ARTICLE 11 :** L'habilitation à l'aide sociale dont bénéficie l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes « Eugène le Roy » de Montignac pourra être retirée par le président du conseil général dans les conditions énoncées par l'article L.313-9 du code de l'action sociale et des familles.

**ARTICLE 12 :** Une ampliation du présent arrêté sera notifiée à l'établissement concerné.

**ARTICLE 13 :** Monsieur le secrétaire général de la préfecture, monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, monsieur le directeur général des services départementaux, madame le directeur départemental de la solidarité et de la prévention et monsieur le directeur de la maison de retraite susvisée sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux recueils des actes administratifs de la préfecture et du département de la Dordogne.

Fait à Périgueux, 15 MAI 2007.

Le préfet de la Dordogne



Jean-François TALLEC

Le président



Bernard CAZEAU

Pour ampliation,  
Le Directeur Général Adjoint  
Directeur Départemental  
de la Solidarité et de la Prévention



Sophie L'HÔTE





**Abrégé du rapport  
Evaluation externe des activités et de  
la qualité des prestations  
EHPAD Eugène Le Roy  
34 avenue de Lascaux  
24290 Montignac**



## SOMMAIRE

---

<i>Abrégé du Rapport d'évaluation externe</i> .....	3
<i>Les axes de travail</i> .....	3
1. <i>La démarche d'évaluation interne</i> .....	3
2. <i>La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM</i> .....	3
3. <i>Le projet d'établissement et son actualisation</i> .....	4
4. <i>L'ouverture de l'établissement sur son environnement</i> .....	4
5. <i>La personnalisation de l'accompagnement</i> .....	5
7. <i>La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques</i> .....	6
8. <i>Appréciation globale de l'évaluateur externe</i> .....	7
9. <i>Méthodologie de l'évaluation externe</i> .....	8
10. <i>Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe</i> .....	8



## Abrégé du Rapport d'évaluation externe

### Les axes de travail

#### 1. La démarche d'évaluation interne

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ L'établissement a procédé à son évaluation interne en septembre et octobre 2013.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ L'évaluation interne a été conduite de façon participative et pluridisciplinaire.</li><li>▪ Existence d'un plan d'action.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pas de suivi du plan d'action.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Poursuivre le travail initié et suivre les points d'amélioration. Communiquer sur les résultats, les évolutions.</li></ul>

#### 2. La prise en compte des recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mobilisations des recommandations en fonction des sujets traités.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le guide des bonnes pratiques est à la base du travail de la direction.</li><li>▪ L'établissement dispense des formations "bienveillance".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont encore assez méconnues des agents en tant que telles.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promouvoir davantage la connaissance, le recours et la mise en pratique des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM auprès des agents.</li></ul>

### 3. Le projet d'établissement et son actualisation

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement s'élabore de façon participative.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour le prochain projet d'établissement s'appuyer sur l'évaluation interne et externe.</li> </ul>

### 4. L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ouverture de l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'EHPAD a développé des conventions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'EHPAD n'est pas clairement indiqué depuis la rue.</li> <li>L'établissement n'a pas de site internet.</li> <li>Pas de support développé pour la communication externe.</li> <li>Les outils d'accueil et de satisfaction des stagiaires.</li> <li>L'absence de formalisation de la procédure de recrutement</li> <li>Le livret d'accueil du stagiaire n'est pas diffusé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir la signalétique.</li> <li>Mettre en place un site internet.</li> <li>Travailler sur des outils de communication externe.</li> <li>Continuer à développer des partenariats sur le territoire.</li> <li>Mettre en place un recueil de satisfaction des stagiaires.</li> <li>Formaliser la procédure de recrutement.</li> <li>Diffuser le livret d'accueil du stagiaire.</li> </ul>

**5. La personnalisation de l'accompagnement**

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
▪ Les projets individualisés	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Existence d'une attention bienveillante et professionnelle du personnel</li><li>▪ Le résident est associé à son projet personnalisé</li><li>▪ Une réévaluation est prévue et une réactualisation est faite en cas de changement important.</li></ul>	▪ RAS	▪ Veiller aux modalités de mise en pratique de ces projets dans la prise en charge quotidienne du résident,
▪ Projet de soins et dossier de soins	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le dossier de soins est renseigné tous les jours.</li><li>▪ Le projet de soins contribue à poursuivre la dynamique d'amélioration continue de la qualité.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le dossier de soins est en cours d'informatisation.</li><li>▪ La traçabilité de la dispensation du médicament n'est pas effectuée sur support informatique.</li></ul>	▪ Poursuivre l'informatisation du dossier de soins



### 6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ CVS, commission des menus et commission d'animation.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le CVS est constitué et fonctionne tel que prévu par la réglementation.</li><li>▪ L'écoute accordée au CVS.</li><li>▪ La commission des menus.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les enquêtes de satisfaction pour les résidents et leurs familles ne sont pas diffusées de façon régulière.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Remettre en place des d'enquête de satisfaction régulières pour les résidents et leurs familles.</li></ul>

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

Items	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La garantie des droits</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La confidentialité, l'intimité, le respect de la vie privée, la liberté d'expression sont au cœur de l'accompagnement quotidien.</li><li>▪ Le personnel est très sensibilisé aux notions de bienveillance et d'éthique.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La mise à jour des prescriptions médicales des contentions.</li><li>▪ Tous les protocoles de gestion des risques ne sont pas finalisés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Veiller à la mise à jour des prescriptions médicales des contentions.</li><li>▪ Poursuivre l'écriture des procédures et protocoles avec la Cadre de santé et le médecin coordonnateur, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui s'y rapportent</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ La gestion des risques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les transmissions sont un axe fort dans la qualité des soins.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le circuit du médicament.</li></ul>	



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Traçabilité, analyse et démarche participative, permettent de valider des comportements professionnels, de reconnaître l'acceptation de certains droits.</li><li>▪ Signalement des événements indésirables.</li><li>▪ Présence d'un chariot d'urgence.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tracer la distribution du médicament dans le logiciel de soins</li></ul>
--	--	--	--

### *8. Appréciation globale de l'évaluateur externe*

Aujourd'hui l'EHPAD de Montignac est un établissement de qualité. Les résidents et leurs familles reconnaissent la qualité de la prise en charge mise en place. Le personnel développe une réelle culture de la bientraitance.

La direction a réussi à développer des méthodes de travail adaptées et efficaces malgré une présence sur le site à 60 %. L'établissement bénéficie aujourd'hui d'un plan de gestion financière sain ainsi que d'une gestion des ressources humaines appropriée en fonction des moyens qui lui sont alloués.

L'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur va permettre de sécuriser et d'accompagner les pratiques professionnelles des équipes.

L'EHPAD répond pleinement à la démarche d'Amélioration Continue de la Qualité que la direction et les autorités tutélaires souhaitent développer. L'ouverture de l'établissement, le renforcement et la création de réseaux sont des points à développer car cela permettra de rendre visible et lisible un savoir-faire de qualité et une véritable culture de la Bientraitance notamment avec le travail effectué en animation.

L'établissement doit réécrire son Projet d'Etablissement en 2015. Un des enjeux sera d'y intégrer une réflexion sur les partenariats avec les autres organisations de santé ou d'accompagnement du territoire.



## 9. Méthodologie de l'évaluation externe

Items	
▪ Etape 1 : Information et Communication	▪ Présentation de l'évaluation aux membres du Comité de Pilotage (grilles de travail, contenu, planification).
▪ Etape 2 : Recueil d'informations	▪ Construction en collaboration avec la direction de l'établissement du périmètre de l'intervention pour l'EHPAD de Montignac (Projet d'établissement, évaluation interne, organisation, résidents, environnement, etc.), planification et sélection des intervenants.
▪ Etape 3 : Evaluation sur site	▪ Intervention sur site : Danièle Delarue et Christel Poher Rousseaux. Entretiens sur RDV collectifs ou individuels. L'ensemble des entretiens individuels et/ou collectifs ont été préparés à partir du protocole d'évaluation ci-joint dans le rapport.
▪ Etape 4 : Restitution	▪ Restitution orale et écrite du rapport.

## 10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

Commentaires de l'ESSMS	
Sur le déroulement de l'évaluation externe	Sur les conclusions de l'évaluation externe
<p>L'évaluation externe s'est déroulée comme convenu lors de la réunion de cadrage :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- entretiens individuels,</li><li>- entretiens collectifs,</li><li>- visite sur site (3 jours).</li></ul> <p>Les résidents, les familles, les intervenants extérieurs, le président du Conseil d'Administration ainsi que les équipes pluridisciplinaires ont été sollicités.</p> <p>La restitution orale à l'ensemble du personnel a eu lieu en fin d'évaluation.</p>	<p>L'évaluation externe reflète en grande partie le plan d'amélioration de la qualité mis en place dans l'établissement suite à l'évaluation interne.</p>





## TROISIEME PARTIE

### SYNTHESE ET PRECONISATIONS

#### *Introduction*

L'établissement se situe en zone rurale à l'est du département de la Dordogne dans la ville de Montignac, connue pour son site préhistorique de Lascaux. Il est implanté dans un quartier calme, proche d'un groupe scolaire et du centre-ville.

L'EHPAD a été entièrement rénové en 2006. Les travaux ont permis de rendre l'établissement très accueillant. Il dispose d'espaces intérieurs permettant aux résidents de vivre comme dans un village, d'un parc entièrement accessible et de deux parkings, un pour le personnel et les visiteurs. Les résidents valides peuvent sortir de l'EHPAD et profiter de la proximité du centre-ville.

L'établissement répond à une très forte demande de tout le territoire.

#### *Pour l'établissement l'intégration physique est un point fort.*

L'établissement a procédé à son évaluation interne en septembre et octobre 2013.

L'établissement s'est appuyé sur le référentiel KalitEhpad du logiciel KalitExpert de la société Atelier Ressources, installée à Limoges. Ce référentiel est un mixe du référentiel ANGELIQUE, des recommandations de l'HAS (pour ce qui concerne le circuit du médicament) et de l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Pour le calcul des taux représentatifs, la qualicienne a fait appel au cadre de santé, au personnel soignant et à l'animatrice pour tout ce qui concerne les soins et l'accompagnement. Le calcul a été effectué par le biais du logiciel OSIRIS, dossier de soins informatisé du résident. L'adjoint administratif référent des résidents a été sollicité pour les autres données par le biais du logiciel GEPSS, gestion administrative des résidents.

Les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM qui ont été utilisées sont :

- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*
- *La Qualité de vie en EHPAD : Volet 1 - « De l'accueil de la personne à son accompagnement », Volet 2 - « Le cadre de vie et de la vie quotidienne », Volet 3 - « La vie sociale des résidents en EHPAD », Volet 4 - « L'accompagnement personnalisé de la santé des résidents ».*
- *Questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux,*
- *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service,*
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.*
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social,*
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement,*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé,*
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.*



L'établissement a choisi huit thématiques qui sont :

- L'accueil de la personne dans le respect de ses droits
- Le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations
- La politique d'amélioration continue de la qualité, la gestion des risques, le positionnement éthique
- Le projet d'établissement
- L'organisation de l'établissement
- Les prestations hôtelières et logistiques
- L'établissement dans son environnement
- L'autonomie, l'accompagnement et les soins

Un Comité de Pilotage pluridisciplinaire et transversal a été créé sur la base du volontariat. Il représentait les groupes de métiers intervenant dans l'établissement.

Le COPIL s'est réuni une fois en amont de la consultation des groupes de travail.

Chaque groupe de travail s'est réuni sur 2 ou 3 heures les après-midi des 17, 18, 23, 25, 30 septembre et le 2 octobre pour répondre aux différentes thématiques et effectuer la cotation des 8 chapitres du référentiel. La qualitiicienne a interrogé les professionnels qui ne pouvaient participer aux réunions, à savoir : les équipes de nuit, la diététicienne, l'homme d'entretien.

L'évaluation interne a permis de faire émerger un bilan avec une synthèse des différents résultats.

Le Plan d'Action d'Amélioration Continue de la Qualité avec un agenda prévisionnel a été formalisé. Il intègre les 25 fiches actions.

Les points forts de l'établissement ont été recensés :

- Equipes motivées et dynamiques
- Respect des réglementations
- Accompagnement et vie sociale riche

Les points d'amélioration ont été également recensés :

- Faire en sorte que le Projet de soins 2015 -2019 soit le plus complet possible.
- Mettre en place une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Affiner l'organisation pour optimiser les soins.
- Sensibiliser les professionnels à la réflexion éthique.
- Faire en sorte que le Projet d'établissement 2015 soit le plus complet possible
- Assurer la gestion du risque infectieux.
- Assurer la traçabilité de la gestion des événements indésirables.
- Réaliser un suivi de la démarche qualité.
- Formaliser les protocoles manquants.
- Mettre en place un programme de gestion des risques.
- Améliorer le circuit du médicament.
- Améliorer la tenue du dossier de soins.
- Poursuivre le déploiement des projets personnalisés.
- Promouvoir la bientraitance avec un travail de réflexion avec les salariés



- Veiller à l'emploi par le personnel soignant d'un vocabulaire adapté, non infantilisant, et respectueux (tutoiement et emploi du prénom juste à la demande du résident et traçabilité dans le dossier de soins et/ou dans le projet personnalisé).
- Effectuer régulièrement des exercices incendie.
- Etablir, diffuser et signer un règlement intérieur pour le personnel.
- Recruter un médecin coordonnateur.
- Améliorer l'accueil des nouveaux agents.
- Actualiser régulièrement le Document Unique.
- Faire en sorte que le Projet social 2015 -2019 soit le plus complet possible.

Dès 2013, des actions concrètes ont été réalisées notamment sur le recrutement d'un médecin coordonnateur. L'évaluation interne a permis une véritable ouverture, de mettre en valeur le personnel et d'individualiser la prise en charge. L'établissement a, devant lui, des perspectives d'amélioration et d'adaptation.

L'établissement poursuit la mise en œuvre de son **Programme d'Amélioration Continue de la Qualité (PAQ)** grâce aux 25 fiches actions.

Une hiérarchisation des actions à mener a été faite en fonction de leur importance en termes de priorité et/ou de moyens à mobiliser. Certaines peuvent être réalisées quasi immédiatement. D'autres nécessitent un travail d'élaboration, d'adaptation et d'organisation, voire de formation des personnes, et doivent s'inscrire dans le temps, selon des paliers de réalisation pertinents et réalistes.

Les plus urgentes sont celles qui doivent répondre à des obligations réglementaires ou des situations à risques ainsi qu'au confort de vie des résidents en favorisant leur épanouissement dans le respect de leur personnalité. Un responsable de suivi a été affecté pour chaque fiche.

Une partie des thèmes bénéficient déjà d'actions. La plupart des objectifs consistent à améliorer l'existant et/ou à le réactualiser.

<b>Points forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>L'implantation de l'établissement sur le territoire.</i></li> <li>• <i>La rénovation de l'établissement</i></li> <li>• <i>L'évaluation interne a été conduite de façon participative et pluridisciplinaire.</i></li> <li>• <i>L'existence d'un plan d'action d'amélioration de la qualité.</i></li> </ul>
---------------------	---

## **1. Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers**

### **Le projet d'établissement :**

Il existe un projet d'établissement pour la période de février 2010 à 2015.

Pour l'établissement ce projet a été l'occasion de saisir l'opportunité d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, des pratiques et d'ouverture. Une auto-évaluation a été effectuée grâce au référentiel Angélique en septembre 2009 ce qui a permis d'engager la réflexion sur le projet d'établissement en novembre de la même année.



Son élaboration s'est donc effectuée sur 2009 et 2010 sur la base d'une réflexion menée par des groupes de travail pluridisciplinaires et transversaux, comprenant des représentants de l'ensemble des services de l'établissement. Ses groupes se sont réunis entre novembre 2009 et janvier 2010. La présentation du projet a été validée lors d'une présentation du projet le mercredi 14 avril 2010.

La réflexion des différents groupes portait sur :

- Accueil - Admission - Modalités d'admission - Restauration - Vie sociale - Intégration de l'établissement dans son environnement (groupe 1)
- Entretien des locaux et du linge - Sécurité - Travail de nuit (groupe 2)
- Soins - Organisation - Communication - Intégration de l'établissement dans son environnement (groupe 3)

Le renouvellement de la convention tripartite s'est fait en 2011. Elle s'appuie sur l'auto-évaluation de 2009 et le projet d'établissement de 2010.

Dans le cadre du Projet d'établissement 2010-2015 sont déclinées des valeurs :

- **Le Respect et la politesse**
- **La reconnaissance qui passe par la valorisation de la personne, la Bienveillance, l'écoute**
- **La tolérance, l'ouverture d'esprit et le non jugement, la patience**
- **L'honnêteté, la moralité**
- **Le professionnalisme avec la conscience professionnelle**

Et des axes de développements et de « missions » qui lui sont « essentielles » :

- Accueillir et accompagner les personnes âgées dépendantes physique et/ou psychologique en veillant à maintenir, voire restaurer leur autonomie par les soins et les prestations proposées.
- Offrir des soins et des services adaptés, et ce de façon permanente.
- Permettre à la personne de disposer d'un lieu de vie agréable et sécurisé.
- Disposer d'un personnel qualifié et complémentaire de façon à permettre aux personnes accueillies d'avoir une bonne qualité de vie.
- Offrir une solution de prise en charge aux familles et les accompagner, tout en leur permettant de garder une position affective et pas uniquement un rôle de soignant.

### **L'évaluation, la formation du personnel**

Les entretiens annuels des salariés sont conduits en fonction du pôle de rattachement de l'agent. Une fiche d'évaluation est remise à chaque agent avant l'entretien pour qu'il fasse son auto-évaluation.

Un dossier du salarié existe. Il est actualisé à chaque changement de grade ou de situation du salarié. Il est conservé dans le bureau des ressources humaines.

Un plan annuel de formation existe. Il est présenté aux instances dirigeantes et prend en compte les desideratas du personnel. Un questionnaire des besoins de formation du personnel est distribué.

Les procédures de l'entretien individuel et de recueil des besoins de formation sont formalisées.



Il n'existe pas de questionnaire de satisfaction du personnel.

### Les recrutements et les remplacements :

Il existe une procédure de recrutement mais elle n'est pas encore formalisée. Pour un nouveau recrutement, le directeur et le cadre de santé (pour ce qui concerne les soins et le ménage) étudient les candidatures et reçoivent les candidats retenus. L'établissement fait appel à Pôle emploi, aux IFSI ou aux IFAS.

Les candidatures se font sur CV et lettre de motivation. Si besoin un appel téléphonique est fait auprès de l'ancien employeur de la personne. La personne est reçue en entretien. En cas de refus, un courrier est envoyé et archivé. Toutes les demandes sont conservées dans un classeur et permettent ainsi de créer un vivier de personnes ressources.

Lors de son arrivée, la personne est doublée trois jours minimum selon sa catégorie. Un trombinoscope des résidents est donné. Il n'y a pas de trombinoscope du personnel.

L'affectation à l'unité protégée se fait par choix de l'agent. Cela ne lui est pas imposé.

Il existe une équipe fixe dont les membres peuvent choisir de repartir du côté EHPAD.

Les agents volontaires pour travailler à l'unité protégée en font la demande.

Il y a une pérennité dans les remplaçantes qui sont recrutées. Cela forme un vivier.

Les recrutements effectués sont cohérents et de grande qualité, les personnels ont une perception claire de leurs missions et adoptent rapidement une posture professionnelle.

Les qualifications et compétences des professionnels sont appropriées et valorisent le statut des usagers.

Un livret d'accueil est fait mais non encore donné au personnel.

Une procédure de remplacement est mise en place. Pour un remplacement de courte durée, les personnes rappelées en premier sont les personnes en RTT, elles récupèrent leur jour ultérieurement. Pour un remplacement plus long, une autre solution est recherchée, notamment par le recrutement de personnes extérieures.

Un vivier composé de personnes ayant déjà travaillées à l'EHPAD permet de résoudre les problèmes de remplacement.

De janvier à octobre 2014, l'établissement a enregistré 232 jours d'absence pour accident du travail et 705 jours de maladie ordinaire. Ces nombres sont faibles et révèlent la qualité du climat social au sein de l'établissement malgré des conditions de travail parfois difficiles.

### Les modalités d'accompagnement :

Le projet d'établissement fait référence aux valeurs et principes essentiels permettant de recevoir la personne dans un cadre de vie adapté à ses besoins, respectueux de ses rythmes, tout autant qu'agréable et sécurisé. Le résident est donc positionné comme une personne avant d'être considéré comme malade ou en perte d'autonomie, personne à laquelle il convient d'offrir des prestations relevant du « prendre soin » et de « la bienveillance ».

Ces fondements de l'accompagnement s'appliquent à tout intervenant professionnel ou partenaire, quelques soient ses missions.



L'équipe est pluridisciplinaire. Elle respecte les aspects réglementaires afférents à l'activité de soins et d'hébergement de l'EHPAD, assure une prestation coordonnée de qualité.

Ouvert sur son environnement, l'EHPAD met en place des partenariats d'actions et de réflexions aptes à enrichir l'accompagnement.

<b>Points forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>L'engagement et la motivation des différentes équipes.</i></li> <li>▪ <i>Le projet d'établissement</i></li> <li>▪ <i>Les entretiens annuels</i></li> <li>▪ <i>L'accompagnement des résidents</i></li> <li>▪ <i>Le plan de formation proposé</i></li> <li>▪ <i>La gestion du personnel</i></li> </ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Formaliser la procédure de recrutement et de formation.</i></li> <li>▪ <i>Donner le livret d'accueil aux agents.</i></li> <li>▪ <i>Mettre en place un questionnaire de satisfaction du personnel.</i></li> <li>▪ <i>Formaliser la procédure de remplacement.</i></li> </ul>

## 2. L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

A proximité des grands axes de circulation, l'EHPAD de Montignac est situé à 15 Km de l'autoroute A89 reliant Périgueux à Brive la Gaillarde (Corrèze).

Il est accessible par la route, suivant une signalétique appropriée. La signalisation de L'EHPAD est peu visible depuis la rue. Deux parkings sont à disposition, un à l'entrée pour les visiteurs et un derrière pour le personnel. Il est à noter que le parking devant l'établissement est utilisé par les parents d'élèves de l'école aux horaires de sorties et de rentrée des classes, alors que ce n'est pas autorisé par la direction.

La commune est desservie par trois lignes de bus de Trans-Périgord. Ces lignes fonctionnent tous les jours de la semaine sauf le week-end. La commune est également accessible en train.

Les espaces de circulation autour et à l'intérieur de l'établissement sont parfaitement adaptés aux personnes à mobilité réduite et aux personnes âgées. Cependant une rambarde et des bancs pourraient être installés à l'entrée de l'EHPAD.

L'EHPAD organise un accueil administratif de 8h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi réparti entre les agents administratif. Ces horaires répondent parfaitement aux besoins des familles. En dehors des horaires d'ouverture de l'accueil, un membre du personnel se montre disponible pour répondre à la demande, le standard est transféré au bureau des infirmières et une boîte aux lettres a été mise en place pour permettre aux familles de laisser des documents si besoin.

L'enceinte de l'établissement est ouverte. La porte d'entrée est en libre accès. Les deux sont fermées le soir. C'est un endroit calme. La signalétique interne est bonne.



L'établissement a aujourd'hui une représentation institutionnelle très valorisante par rapport à son organisation. Sur le site de l'EHPAD, les locaux administratifs et d'hébergement sont bien intégrés.

C'est aujourd'hui un établissement valorisé autant par les résidents et leurs familles que par le personnel.

L'établissement est à proximité des commerces, des services proposés par la commune, du groupe scolaire Langevin-Wallon qui se trouve en face cela permet aux résidents de s'y rendre seuls ou accompagnés. La structure s'appuie sur les services présents sur la commune.

La politique d'ouverture de l'établissement et son activité d'animation contribuent largement à l'intégration sociale de la structure et les relations extérieures sont favorisées.

### **Coordination et réseaux :**

L'établissement s'inscrit dans des réseaux de partenariats formalisés avec, entre autres, Pallia 24, l'HAD de Sarlat, l'Hôpital de Sarlat avec les services de médecine et de psychiatrie, les VMEH, la MSA pour la médecine du travail, le Service Évangélique des Malades (SEM)...

Un partenariat très fort est mis en place avec le service de psycho-gériatrie du Verger des Balans qui met à disposition un médecin psycho-géronte 1 jour par mois. L'établissement développe par sa direction commune avec l'EHPAD de Hautefort des liens forts. Comme chaque année, un plan de formation inter établissement sera mis en place pour l'année 2015.

### **Accueil et formation des futurs professionnels :**

L'EHPAD et les professionnels participent à l'accueil et à l'encadrement de stagiaires :

- IFAS
- IFSI
- Pôle Emploi, dans le cadre des Evaluations en milieu de travail (EMT)
- Bac Pro
- MFR
- CFP

Une procédure d'accueil des stagiaires existe mais elle n'est pas encore formalisée.

Une gestion des stagiaires est mise en place, pas plus de quatre stagiaires sur la même période. Un planning stagiaire existe.

La cadre de santé reçoit les CV et les lettres de motivation. Un appel téléphonique permet de cibler l'objet du stage, leurs besoins et envies. Un entretien peut leur être proposé lors du dépôt de la convention, ce n'est pas systématique.

Pour les stagiaires IFSI et IFAS il n'y a qu'un entretien par téléphone.

Un livret d'accueil est fait mais non donné.

Un livret spécial pour les stagiaires en cuisine a été créé.

Un tutorat est mis en place.

L'accueil du stagiaire le premier jour est fait par l'agent administratif qui l'adresse ensuite à la personne référente. Le stagiaire n'a pas de rendez-vous systématique avec la cadre de santé, sauf en cas de besoin.

Le personnel est prévenu par une note d'information.

Le stagiaire est ensuite encadré sur la totalité de son stage.

**Information et communication externes :**

Pour sa communication externe l'établissement utilise le bulletin municipal et les deux journaux des l'EHPAD. Les articles de presse sont conservés mais il n'existe pas encore de press-book mis à disposition.

<b>Points forts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>L'implantation de l'établissement sur le territoire</i></li> <li>• <i>La restructuration de l'établissement</i></li> <li>• <i>La signalétique dans l'établissement</i></li> <li>• <i>La ligne de bus</i></li> <li>• <i>La localisation de l'EHPAD dans la ville</i></li> <li>• <i>L'accueil administratif</i></li> <li>• <i>L'intégration fonctionnelle et sociale</i></li> <li>• <i>Le partenariat avec le psychogériatre.</i></li> </ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Améliorer la signalisation de l'établissement depuis la rue</i></li> <li>• <i>Un point de vigilance est à porter concernant le parking qui se trouve devant l'EHPAD</i></li> <li>• <i>Continuer à développer la coordination et la mise en réseau</i></li> <li>• <i>Développer la communication externe</i></li> <li>• <i>Formaliser la procédure d'accueil des stagiaires</i></li> <li>• <i>Mettre en place le Livret d'Accueil Stagiaire existant</i></li> <li>• <i>Mettre en œuvre des outils pour recueillir la satisfaction des stagiaires</i></li> <li>• <i>Mettre en place différents outils de communication</i></li> <li>• <i>Continuer à communiquer sur les événements qui se passent dans l'EHPAD</i></li> </ul>

### **3. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers**

#### **L'accueil**

Il existe une procédure d'accueil du nouvel arrivant datant de 2009, réactualisée en 2013.

Il n'y a pas de commission d'admission. Actuellement la cadre de santé et des membres du personnel étudient les nouvelles demandes d'admissions. Elles sont ensuite soumises au directeur qui prononce l'admission quand une place se libère. L'arrivée du nouveau médecin coordonnateur va permettre la mise en place d'une commission d'admission pluridisciplinaire.

Il existe des critères d'admission qui sont basés sur les pathologies de la personne et sa dépendance. L'établissement choisi ensuite en fonction des capacités techniques et humaines de prise en charge et de l'urgence de la situation (sortie d'hospitalisation, urgence sociale, etc.).

Une liste d'attente existe pour chaque secteur et pour l'unité protégée. L'attribution d'une place dans un service ou étage se fait en fonction de la dépendance. Cette liste est réactualisée tous les trois à six mois et à chaque nouveau décès. Le classement s'effectue en fonction de l'ordre d'arrivée des demandes et de l'urgence.

Tout l'établissement est partie prenante de l'accueil de la personne c'est remarquable.





**Le travail qui a été mis en place autour de l'admission est d'une très grande qualité. Il reflète une réelle réflexion sur la Bientraitance.**

### **Individualisation**

Le vouvoiement est employé pour s'adresser aux résidents mais certains, connus depuis de longues années et/ou anciens voisins sur la commune, sont interpellés par leurs prénoms.

C'est également le cas à l'Unité Protégée et cela est précisé dans le projet d'accompagnement personnalisé, comme mode relationnel à visée thérapeutique.

Les rythmes de sommeil sont respectés et les personnes qui désirent dîner en chambre le peuvent.

Les chambres sont personnalisées, c'est une incitation de l'équipe auprès des familles de recréer un espace de vie.

La possibilité de recevoir des prestations, coiffeur, pédicure, mais aussi soins esthétiques ou de détente sont au libre choix du résident.

### **Les projets d'accompagnement personnalisés (PAP):**

La psychologue en est la référente. A ce jour la totalité des personnes hébergées à l'Unité protégée a un projet d'accompagnement personnalisé finalisé, soit 20 projets achevés et il y en a 18 pour l'EHPAD.

Tous les mardis et vendredis les projets sont évalués et validés en équipe pluridisciplinaire, pour être soumis à la signature du résident et/ou du référent familial ou du tuteur.

Le recueil des habitudes de vie est élaboré dès la pré-admission, puis le recueil de données est enrichi. Le test de l'horloge, le MMS, le GDS, le NPIES complètent l'observation.

Dans le support papier de ce projet de vie individualisé, après le recueil des habitudes de vie, on retrouve les directives anticipées, la personne de confiance, une fiche sur les comportements et les ressources cognitives, le plan de soins illustré d'icônes et les différents tests.

Après les synthèses de la psychologue et de l'ergothérapeute, les objectifs et les moyens à mettre en œuvre sont définis dans la conclusion du projet d'accompagnement personnalisé du résident.

Les réunions autour de ces PAP sont un facteur de cohésion pour l'équipe.

Tous les six mois les PAP sont réévalués. Le plan de soin est mis à jour et validé par l'équipe dès qu'il y a un changement de l'état de santé du résident.

### **L'accompagnement :**

A l'Unité Protégée, les équipes ont été formées à un accompagnement spécifique des personnes atteintes de démences. Le médecin psycho-gériatre qui intervient tous les mois, les aide dans la prise en charge. Ce médecin exerce dans une structure voisine qui est une référence dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur le département : « le Verger des Ballans ».

Dans cette Unité Protégée, une équipe fixe a été mise en place. Elle est composée de 5 agents volontaires, dont 3 AS et 2 ASH. Une AS a le diplôme d'Assistante de Soins en Gérontologie (ASG). Plusieurs agents de l'EHPAD sont volontaires pour renforcer et remplacer l'équipe fixe.

Il n'y a pratiquement pas d'opposition aux soins car la méthode s'apparente à l'humanité et tient compte des possibilités restantes à stimuler et du rythme de chacun.

Pour ce qui concerne l'EHPAD, les personnes très dépendantes sont regroupées dans un secteur où le personnel est plus nombreux pour apporter l'aide nécessaire.



Conserver l'autonomie restante pour les autres personnes est un objectif du projet de soins de l'établissement et les prises en charges sont organisées dans ce sens.

Les contentions sont utilisées et réévaluées en équipe, toutefois les prescriptions médicales de contention ne sont pas systématiquement renouvelées.

### **L'animation :**

Elle est pensée, programmée, mise en pratique et évaluée par deux animatrices à temps plein sur l'établissement.

L'une d'entre elle est actuellement en arrêt maladie, et remplacée partiellement par une ASH qui animait déjà une chorale et qui a repris un certain nombre d'ateliers avec le soutien de l'animatrice en poste.

L'autre est AMP de formation, elle a passé son BPJEPS, option gérontologie, puis a exercé en maison de retraite et en psychiatrie.

L'animatrice référente a suivi plusieurs formations : Snoezelen, toucher relationnel, initiation à l'art-thérapie...

Ses missions sont de créer le lien, de mettre de la vie, de stimuler tout ce qui touche à la communication...

Ses outils sont la médiation corporelle, animale (avec son chien « Arlequin » évalué par l'association « parole de chien »), l'art et la créativité avec des ateliers ouverts aux familles.

Pour les résidents les plus dépendants, en particulier à l'Unité Protégée (UP), des ateliers « mémoire du geste » sont organisés régulièrement et permettent l'entretien des praxies, tout en suscitant un sentiment d'estime de soi, largement encouragé par l'attitude de l'animatrice.

Le manger-main, mis en place lors d'un atelier d'animation pour stimuler l'autonomie, est devenu un outil employé pour prévenir la dénutrition.

Chaque année, 6 à 8 spectacles sont organisés au sein de l'unité protégée, avec des intervenants extérieurs. Leur impact sur les résidents est évalué.

**Une musicothérapeute** anime des groupes et réalise également un accompagnement individuel à l'UP, en lien avec l'animatrice et la psychologue et l'équipe soignante.

Musicienne, professeur de chant, elle a été formée au public des personnes âgées atteintes de démence.

Elle essaie de cerner les goûts musicaux des personnes avec un bilan « psychomusical ».

La musicothérapie peut être active ou passive. Le but est de pallier une incapacité de s'exprimer.

La musique outre qu'elle procure un bien être sur le moment présent peut aussi causer un travail de catharsis (libération des émotions refoulées) et amener à un apaisement des tensions.

Son activité de groupe se déroule dans la salle « espace Snoezelen ».

### **AXE FORT :**

Cet espace Snoezelen aménagé par l'animatrice est un lieu « magique » qui procure dès qu'on y entre un véritable enchantement.

Aucun sentiment d'espace clos, ne s'en dégage et tout invite à une détente en éveil, sons et lumières, matières douces à caresser, mobiles colorés...

On y retrouve toute la sensibilité et la profonde humanité de la personne qui anime cet espace et l'a conçu.

De nombreuses sorties ont lieu au concert, en pique-nique à l'étang, en pèlerinage.

Des échanges avec les enfants de l'école, située en face de l'EHPAD, sont organisés avec des goûters, des déguisements pour le carnaval.



La soignante qui remplace la deuxième animatrice est là depuis 12 ans et a une très bonne connaissance des résidents. Elle organise des ateliers de chants mais aussi des ateliers de décoration, de gymnastique douce avec des jeux de balles et des exercices.

Des soins esthétiques et corporels sont proposés par une aide-soignante, en poste aménagé.

Un projet d'animation très complet a été rédigé pour 2010-2015.

Des fiches d'évaluation sont tenues pour chaque activité.

Un bilan annuel est réalisé ainsi qu'un budget prévisionnel pour l'année à venir.

#### **Le CVS et les autres formes de participation :**

De façon générale, la culture de la participation est installée et les modalités favorisant l'expression des usagers sont effectives.

Le CVS est opérationnel (régularité, restitution par compte-rendu écrit, etc.) comme les collaborations, les échanges et les apports mutuels. Les représentants des usagers sont organisés pour faire une représentation effective autant qu'efficace.

Les autres formes de participation sont diversifiées.

Cette culture institutionnelle est à poursuivre avec une participation large des résidents, des familles et des partenaires, autant de fois que possible.

<b>Points forts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>L'accueil</i></li><li>▪ <i>L'existence d'une attention particulière, bienveillante, professionnelle du personnel et des soignants.</i></li><li>▪ <i>L'adaptation constante des professionnels au regard du comportement du résident.</i></li><li>▪ <i>La prise en charge individualisée.</i></li><li>▪ <i>Le travail sur les projets personnalisés.</i></li><li>▪ <i>L'accompagnement de jour et de nuit.</i></li><li>▪ <i>L'animation</i></li><li>▪ <i>L'espace Snoezelen</i></li><li>▪ <i>L'investissement de l'animatrice</i></li><li>▪ <i>Le CVS.</i></li></ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Réévaluer les contentions régulièrement.</i></li><li>• <i>Valoriser les compétences des professionnels de nuit en prévoyant des temps d'échanges et/ou d'harmonisation des pratiques au niveau des équipes jour/nuit.</i></li></ul>



## **4. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques**

### **Confidentialité et accès aux données :**

Les dossiers sont en partie informatisés. Les dossiers papier sont rangés dans une armoire fermée à clef dans le bureau infirmier, les personnes qui entrent sont informées par le règlement intérieur qu'ils ont un droit d'accès à leur dossier médical, sur demande écrite au Directeur.

### **Libre circulation et libre communication :**

Les allées et venues à l'extérieur de l'EHPAD sont libres. Il est demandé au résident qui sort de s'inscrire sur un registre situé dans le hall d'entrée et de prévoir son heure de retour, afin d'assurer l'organisation des services et éviter toute inquiétude. La proximité du centre-ville facilite ces escapades pour les résidents les plus autonomes.

Pour l'Unité Protégée, un parcours de déambulation et un patio extérieur permettent aux résidents de circuler en toute sécurité. Les portes de sortie sont sécurisées par un digicode : Les familles sont intégrées dans la vie de l'Unité et leur participation est recherchée.

A l'EHPAD on peut demander l'ouverture d'une ligne téléphonique privée dans sa chambre. Le courrier est distribué tous les jours et il existe un point « départ » à l'administration.

### **Respect de l'intimité et de la vie privée :**

Le personnel frappe avant d'entrer dans les chambres et attend la réponse du résident.

Les soins en chambre, nursing ou soins infirmiers sont effectués porte fermée et lumière de présence allumée.

Les résidents peuvent recevoir leur famille dans cet espace privé ou dans un salon où ils peuvent partager un moment convivial à l'écart des autres.

La vie affective et sexuelle des personnes âgées est reconnue, respectée et fait l'objet d'une réflexion en équipe.

### **Libre choix des prestations et accès aux soins**

La personne qui rentre à l'EHPAD peut garder son médecin traitant ou en choisir un autre sur la commune. Toutes les démarches concernant les examens médicaux nécessitant un transport sont organisées par l'équipe infirmière.

Une adjointe administrative s'occupe de l'accueil et de la gestion administrative des résidents. Elle guide les familles dans leur demande d'aide.

Actuellement 20 personnes bénéficient de l'Aide Sociale pour leurs frais d'hébergement.

### **Le médecin coordonnateur :**

Le poste était vacant depuis deux ans. Il vient d'être pourvu par un médecin hospitalier.

Il connaît un certain nombre des médecins généralistes qui interviennent dans l'établissement et espère les fédérer pour une meilleure organisation des soins à l'EHPAD.



La plus urgente de ses missions sera l'informatisation des traitements des résidents afin de sécuriser le circuit du médicament.

### La qualité des soins :

La qualité des soins s'appuie sur :

- Les organisations des temps de travail permettant la continuité des soins et les transmissions nécessaires
- L'expertise de professionnels clés
- La surveillance des points de risques médicaux liés à la grande dépendance: la nutrition, les chutes, les escarres. Grâce à une prévention sérieuse et efficace il n'y a aucune escarre sur l'EHPAD.
- La douleur est évaluée avec les échelles EVA et ALGOPLUS, son apparition est toujours évoquée lors des transmissions. Les traitements antalgiques mis en place sont évalués et ajustés si besoin.
- L'incontinence est prévenue par des accompagnements fréquents et réguliers aux toilettes. Les protections sont adaptées à chaque type d'incontinence et les changes ont lieu systématiquement autant de fois qu'il est nécessaire.

Tout le matériel indispensable aux soins est à disposition du personnel, lève malade, verticalisateurs, fauteuils et coussins adaptés, matelas à air sur commande, chaise de pesée, lit douche, extracteurs d'oxygène etc.

Nous avons constaté une bonne dynamique de l'équipe soignante IDE/AS/ASH/PSY autour du résident et une réelle volonté de s'interroger sur ses pratiques pour les améliorer. La venue du médecin coordonnateur devrait encore harmoniser l'organisation des soins en mobilisant tous les acteurs.

### Circuit du médicament :

Deux pharmacies de Montignac se partagent les livraisons des traitements de l'EHPAD. Les rapports avec l'établissement sont organisés, courtois et commerciaux.

Les ordonnances sont relevées quotidiennement et les livraisons s'effectuent dans les plus brefs délais, sous la forme de poches nominatives remises à l'infirmier en mains propres ou si absence, déposées dans la pharmacie fermée en cas d'absence.

Les semainiers sont préparés par les infirmiers et tenus en sécurité dans une armoire fermée à clef.

La distribution est faite par les infirmiers sauf pour l'Unité Protégée où les aides-soignantes assurent la prise lors des repas.

Il n'y a pas de traçabilité de la prise des traitements. Cela pourra être mis en place dès que les traitements seront informatisés.

Cela permettra la sécurisation de la distribution qui n'est pas assurée à ce jour.

<b>Points forts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une proximité et une écoute des équipes par l'encadrement</li><li>• L'organisation des soins</li><li>• Les droits et libertés des personnes sont garantis et effectifs</li><li>• L'évaluation gériatrique standardisée est formalisée</li></ul>
---------------------	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>La prise en charge de la douleur.</i></li><li>• <i>Le dépistage et la prise en charge de la dénutrition</i></li><li>• <i>L'engagement de la psychologue</i></li><li>• <i>La mise en place des projets de vie</i></li><li>• <i>La mise en place de la formation bien-être</i></li><li>• <i>L'intervention d'un diététicien</i></li><li>• <i>La professionnalisation des équipes et leur montée en compétence</i></li><li>• <i>Le hall avec ses espaces conviviaux.</i></li><li>• <i>La qualité de l'accompagnement et le niveau de motivation de l'équipe qui offre une très grande attention aux résidents aussi bien dans le suivi médical que dans les actes de la vie courante</i></li></ul>
<b>Préconisations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Tracer la prise des médicaments</i></li><li>• <i>Améliorer le circuit du médicament</i></li></ul>



## CONCLUSION

L'EHPAD de Montignac est aujourd'hui une réponse essentielle sur le territoire dans l'accueil des personnes en pertes d'autonomie et dépendantes. Son image est très valorisée par tous ses partenaires. La municipalité est très investie dans ce partenariat et un véritable travail de fond et réflexion est mis en place.

L'établissement jouit d'un cadre particulièrement agréable. Ses conditions de disponibilité et son intégration fonctionnelle et sociale sont réussies. C'est un établissement où il fait bon vivre grâce aux équipes transversales d'une grande qualité.

La direction a réussi à développer des méthodes de travail adaptées et efficaces malgré une présence sur le site à 60 %. L'établissement bénéficie aujourd'hui d'un plan de gestion financière sain et d'une gestion des ressources humaines appropriée en fonction des moyens qui lui sont alloués.

L'arrivée d'un nouveau médecin coordonnateur va permettre de sécuriser et d'accompagner les pratiques professionnelles des équipes.

L'EHPAD répond pleinement à la démarche d'Amélioration Continue de la Qualité que la direction et les autorités tutélaires souhaitent développer. L'ouverture de l'établissement, le renforcement et la création de réseaux sont des points à développer car cela permettra de rendre visible et lisible un savoir-faire de qualité et une véritable culture de la Bienveillance notamment avec le travail effectué en animation.

L'établissement doit réécrire son Projet d'Etablissement en 2015. Un des enjeux sera d'y intégrer une réflexion sur les partenariats avec les autres organisations de santé ou d'accompagnement du territoire.

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.31**

**Avenant n° 1 au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'Etablissement Public Autonome Communal (EPAC) "Les Clauds de Laly" de VILLEFRANCHE-du-PERIGORD.  
Annexe Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Germinal PEIRO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1



COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CP.VIII.31

Avenant n° 1 au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'Etablissement Public  
Autonome Communal (EPAC) "Les Clauds de Laly" de VILLEFRANCHE-du-PERIGORD.  
Annexe Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

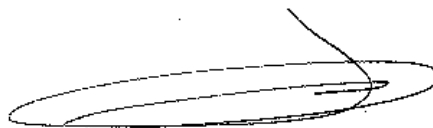
VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

**APPROUVE** l'avenant n° 1 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 Public Autonome (EPAC) « Les Clauds de Laly » de  
VILLEFRANCHE-du-PERIGORD, gestionnaire de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes  
Agées Dépendantes et du Foyer de Vie « Les Clauds de Laly ».

**AUTORISE** M. le Président du Conseil départemental à signer et exécuter ledit 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  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,

**Bruno LAMONERIE**

**Avenant n° 1  
au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022  
en date du 31 décembre 2017**

**Conclu entre :**

Le Département de la Dordogne, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, Président ;

**Et**

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine, représentée par Monsieur Benoît ELLEBOODE, Directeur Général ;

**Et**

L'Etablissement Public Autonome Communal (EPAC) « Les Clauds de Laly » à Villefranche du Périgord, représenté par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles, soit Madame Corinne MOTHES, directrice des Centres Hospitaliers de Bergerac et de Belvès et de l'EPAC « Les Clauds de Laly » ;

**Cadre réglementaire :**

- **Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- **Vu** le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018-2022 entre l'EPAC « Les Clauds de Laly » de Villefranche du Périgord, l'Agence Régionale de Santé et le Département, signé le 31 décembre 2017 ;
- **Vu** la délibération du Conseil d'administration de l'EPAC « Les Clauds de Laly » de Villefranche du Périgord n°2020-13 en date du 16 décembre 2020, approuvant le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- **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 8 octobre 2020 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

**Les chapitres 3.1.1 et 3.3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2018-2022 sont modifiés comme suit :**

### **3.1.1 – La tarification de l'hébergement**

Le mode de calcul du tarif hébergement est fixé pour la durée du présent contrat, soit 5 ans conformément aux articles R314-179 et suivants du CASF. Ainsi, ce tarif 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 réalisées au titre des personnes accueillies dans l'établissement, sauf si l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstances particulières. Il sera tenu compte des journées de réservations pour hospitalisation ou convenance personnelle dans ce calcul. Ces dernières seront proratisées dans le calcul de la moyenne.

Ainsi, pour l'EHPAD « Les Claudi de Laly », la dotation globalisée « initiale » correspond aux moyens reconductibles tels que retenus au dernier budget notifié, soit le budget 2021, hors reprise de résultat et comptes directement impactés par le dernier PPI autorisé. Ceux-ci évoluent conformément au dit PPI. La dotation globalisée « initiale » est donc de **777 691,44 €**.

Le tableau suivant précise le détail de son calcul :

	Hébergement
Base de calcul des tarifs 2021	902 060,44 €
<i>Dont dotation aux amortissements</i>	<i>113 974,00 €</i>
<i>Dont frais financiers</i>	<i>10 395,00 €</i>
Total dépenses	902 060,44 €
- dotation aux amortissements et provisions (comptes 68)	-113 974,00 €
- frais financiers	- 10 395,00 €
<b>= Dotation globalisée initiale</b>	<b>777 691,44 €</b>

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 comptes impactés par le PPI autorisé, soit la dotation aux amortissements, les frais financiers, les constitutions et reprises de provisions, les reprises de subventions

/ activité prévisionnelle

Le PPI arrive à terme en 2025. Si un nouveau PPI est approuvé avant la fin du CPOM, un avenant devra être adjoint au présent CPOM pour en tenir compte.

### **3.3 Plan Pluriannuel d'Investissement 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 approuvé par le Président du Conseil départemental par courrier référencé SPAE/SM/2021/n°517 du 15 avril 2021, est intégré au présent contrat et joint en annexe.

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

L'EPRD, 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 en vertu des dispositions de l'article R. 314-20 du CASF.

Le reste est sans changement.

Fait à Périgueux, le

La Directrice de la Délégation Départementale de  
Dordogne,  
Agence Régionale de Santé

Le Président  
du Conseil départemental  
de la Dordogne,

Le Représentant de l'établissement,

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.32**

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Tarification 2022.  
Modification de la délibération du Conseil départemental n° 21-286 du 10 novembre 2021.**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Germinal PEIRO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CP.VIII.32

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Tarification 2022.  
Modification de la délibération du Conseil départemental n° 21-286 du 10 novembre 2021.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

**MODIFIE**, pour rectification d'erreur matérielle, la délibération du Conseil départemental n° 21-286 du 10 novembre 2021 comme suit :

AIDES A DOMICILE - APA	
Emploi en gré à gré	10,52 € par heure

Le reste de la délibération est sans changement.



Pour le Président et par délégation,  
le Vice-président chargé  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,

**Bruno LAMONERIE**

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.33**

**Convention relative aux modalités d'échanges de données portant mise à disposition mensuelle de listes de bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi par Pôle emploi au Président du Conseil départemental de la Dordogne pour la mise en œuvre du RSA.**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Mireille VOLPATO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CPVIII.33

Convention relative aux modalités d'échanges de données portant mise à disposition mensuelle de listes de bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi par Pôle emploi au Président du Conseil départemental de la Dordogne pour la mise en œuvre du RSA.

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

**APPROUVE** la convention ci-annexée, à intervenir entre le Département de la Dordogne et Pôle emploi, portant mise à disposition mensuelle de listes d'allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) demandeurs d'emploi au Président du Conseil départemental de la Dordogne.

**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  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,**

**Bruno LAMONERIE**





Annexe à la délibération n° 21.CP.VIII.33 du 13 décembre 2021.

**Convention relative aux modalités d'échanges de données portant mise à disposition mensuelle de listes de bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi par Pôle emploi au Président du Conseil départemental de la Dordogne pour la mise en œuvre du RSA**

**ENTRE**

**Pôle emploi Nouvelle Aquitaine**, établissement public administratif, représenté par Madame Nathalie WEBER en sa qualité de Directrice territoriale de Pôle emploi Dordogne Corrèze, dûment habilitée à cet effet, domiciliée en cette qualité : 1 rue Littré 24000 Périgueux,

Ci-après dénommé « Pôle emploi », d'une part,

**ET**

**Le Conseil départemental de la Dordogne**, représenté par Monsieur Germinal PEIRO, en sa qualité de Président du Conseil départemental, domicilié en cette qualité au 2, rue Paul Louis Courier – CS 24019 Périgueux Cedex

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

**Ci-après dénommés ensemble « les parties ».**

Vu le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 dit « règlement général sur la protection des données » (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée,

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 5311-1, L. 5312-1 à L. 5312-6 et L. 5312-10 et R. 5312-25 à R. 5312-27 relatifs à l'organisation et le fonctionnement de Pôle emploi et les articles R. 5312-38 à R. 5312-46 relatifs au système d'information concernant les demandeurs d'emploi et salariés mis en œuvre par Pôle emploi,

Vu la loi n°2008-1249 du 18 décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion et notamment les articles L. 262-29 à L. 262-31 ainsi que L. 262-34 à L. 262-40 du code de l'action sociale et des familles,

Vu le décret n°2011-2096 du 30 décembre 2011 portant modification et création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs au revenu de solidarité active et à l'allocation aux adultes handicapés et notamment les articles R. 262-116-1 à R. 262-116-7 du code de l'action sociale et des familles,

**PREAMBULE**

**Pôle emploi**

Pôle emploi est un établissement public administratif dont les missions sont définies à l'article L. 5312-1 du code du travail. Notamment, Pôle emploi aide et conseille les entreprises dans leurs recrutements (article L. 5312-1-1°) et est en charge de l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des personnes à la recherche d'un emploi, d'une formation ou d'un conseil professionnel. Il prescrit toutes actions utiles pour développer leurs compétences professionnelles et améliorer leur employabilité. Il favorise leur reclassement, leur promotion professionnelle, ainsi que leur mobilité géographique et professionnelle et participe aux parcours d'insertion sociale et professionnelle (article L. 5312-1-2°). Il est chargé de prospecter le marché du travail, développer une expertise sur l'évolution des emplois et qualifications. Il est composé de 17 directions régionales.

## Le Conseil départemental de la Dordogne

Le revenu de solidarité active (RSA) traduit le droit fondamental de tous les citoyens à disposer de ressources suffisantes pour vivre conformément à la dignité humaine, droit énoncé dans le préambule de la Constitution française de 1946 et par le Conseil de l'Europe.

Le RSA est donc en premier lieu une allocation attribuée par le Président du Conseil départemental du Département où le demandeur réside ou celui où il a élu domicile.

Le RSA est également un dispositif d'accompagnement pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui sont sans activité ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées.

Ce dispositif d'insertion s'inscrit dans le cadre d'une politique décentralisée dont le principe est : [...] « les politiques d'insertion relèvent de la responsabilité des départements » (article L.115-2 du CASF).

La mise en œuvre du RSA réaffirme la compétence des Départements en matière d'action sociale et fait expressément du Président du Conseil départemental le pilote des politiques d'insertion et donc des actions déclinées sur le territoire départemental.

### Contexte

La loi n°2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) a pour objet d'encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et d'aider à l'insertion sociale des bénéficiaires. Le RSA a remplacé le revenu minimum d'insertion (RMI créée en 1988), l'allocation de parent isolé (API) et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité. La mise en œuvre du RSA relève de la responsabilité de l'Etat et des Départements. Pôle emploi y apporte son concours.

La loi du 1er décembre 2008 précise que le Département oriente de façon prioritaire vers Pôle emploi, les bénéficiaires du RSA tenus aux obligations de recherche d'emploi. Ceux-ci doivent être pris en charge rapidement pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé par Pôle emploi qui doit informer le Département des actions qu'il a mises en œuvre.

Afin que le Conseil départemental puisse effectuer un suivi des bénéficiaires du RSA inscrits comme demandeurs d'emploi, l'article L. 262-42 du code de l'action sociale et des familles prévoit que Pôle emploi lui adresse mensuellement la liste des bénéficiaires du RSA ayant fait l'objet d'une inscription, d'une radiation ou d'une cessation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi.

Pour permettre la mise à disposition de cette liste de demandeurs d'emploi, Pôle emploi a créé, en application des articles R. 262-111 à R. 262-116 du code de l'action sociale et des familles, un traitement de données à caractère personnel dénommé « liste transmise aux Présidents de Conseils départementaux ». Pour des raisons techniques, il est précisé que ce traitement est dénommé au sens de la présente convention « Listes des bénéficiaires du revenu de solidarité active demandeurs d'emploi transmises aux Présidents des Conseils départementaux » ou « LRSA DE ».

La finalité de ce traitement est de permettre aux Présidents des Conseils départementaux, de contrôler le respect par les bénéficiaires du RSA des obligations mentionnées à l'article L 262-28 du code de l'action sociale et des familles (rechercher activement un emploi ou entreprendre des démarches en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle).

Pôle emploi et le Conseil départemental doivent décrire les modalités de la mise à disposition mensuelle de ces listes de demandeurs d'emploi bénéficiaires du RSA.

**IL EST CONVENU ENTRE LES PARTIES CE QUI SUIT :**

### **Article 1 - Objet de la convention**

La présente convention détermine les conditions dans lesquelles Pôle emploi, conformément aux dispositions des articles L. 262-42 et R. 262-114 du code de l'action sociale et des familles, met à la disposition du Président du Conseil départemental et des agents du département individuellement habilités par lui, la liste des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi faisant l'objet d'une inscription, d'une radiation ou d'une cessation d'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi. Elle détermine également les obligations respectives des parties.

### **Article 2 - Objectifs poursuivis par la mise à disposition de la liste des données des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi**

La mise à disposition de données par Pôle emploi a pour finalité de permettre au Conseil départemental d'effectuer un suivi des bénéficiaires du RSA et de contrôler le respect de leurs obligations mentionnées à l'article L 262-28 du code de l'action sociale et des familles (rechercher activement un emploi ou entreprendre des démarches en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle).

La liste des données mises à disposition figure en annexe 1.

### **Article 3 - Modalités de mise à disposition des données**

L'accès à l'application LRSA DE est accordé par Pôle emploi à titre gratuit, indépendamment des charges financières qui incombent au Conseil départemental, en application de l'article 4-2 de la présente convention.

Les modalités sont décrites en annexe 2.

### **Article 4 - Engagements des parties**

#### **4.1 - Engagements de Pôle emploi**

Au titre de la présente convention, Pôle emploi est responsable :

- 1. de la mise à disposition, auprès du Président du Conseil départemental, de la liste visée à l'article L. 262-42 modifié du code de l'action sociale et des familles. Cette liste, transmise mensuellement au Président se subdivise en quatre listes distinctes de bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi qui sont les suivantes :
  - la liste des bénéficiaires du RSA qui se sont inscrits comme demandeurs d'emploi entre le premier et le dernier jour du mois M-1,
  - la liste de l'ensemble des bénéficiaires du RSA inscrits, à la fin de la période d'actualisation de la demande d'emploi,
  - la liste des bénéficiaires du RSA, qui, inscrits comme demandeurs d'emploi, ont fait l'objet d'une cessation d'inscription entre le premier et le dernier jour du mois M-2 et ne se sont pas réinscrits entre la date de cessation d'inscription et le dernier jour du mois M-1
  - la liste des bénéficiaires du RSA qui ont fait l'objet d'une radiation entre le 1<sup>er</sup> jour et le dernier jour du mois M-1.

La description des données contenues dans chacune de ces listes figure en annexe 1 de la présente convention.

- 2. de la fiabilité des données mises à disposition du partenaire au regard du cadre législatif et réglementaire qu'il est chargé d'appliquer de telle sorte que ces données sont à considérer par le partenaire comme fiables pour les traitements auxquels elles sont destinées.

#### **4.2 - Engagements du Conseil départemental**

Au titre de la présente convention, le Conseil départemental fait son affaire de l'acquisition des matériels, logiciels, et accès à internet nécessaires à l'accès aux listes des bénéficiaires du RSA transmises mensuellement par Pôle emploi. Il assume les charges de fonctionnement (maintenance des matériels lui appartenant, télécommunications locales).

Il s'engage à ce que les listes des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi transmises soient utilisées dans les termes, les conditions et les limites de la présente convention.

Il s'engage à ce que toutes dispositions soient prises pour que ne soient pas divulgués à quiconque n'ayant pas qualité pour en connaître, la clé de décodage, les identifiant et mot de passe utilisés.

Il répond de tous manquements aux obligations issues de la présente convention, qu'ils soient de son fait, de sa négligence ou de celle de ses agents habilités à accéder aux listes mises à disposition ou de tout autre professionnel auquel il aura eu recours.

Il garantit Pôle emploi dans toutes les actions ou réclamations dans lesquelles il serait mis en cause en raison de la méconnaissance des obligations issues de la présente convention.

### **Article 5 – Confidentialité**

#### **5.1 Confidentialité des données à caractère personnel et protection de la vie privée**

Les données à caractère personnel mises à disposition par Pôle emploi en application de la présente convention sont considérées comme confidentielles par les parties. Elles ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues à l'article R. 262-111 du code de l'action sociale et des familles.

#### **5.2 Confidentialité et secret professionnel**

Les parties sont tenues, ainsi que l'ensemble de leur personnel, à l'obligation de discrétion et à l'obligation de confidentialité.

Cette obligation de confidentialité s'applique sans limitation de durée.

Les parties s'engagent à ne divulguer ces informations confidentielles qu'à leurs seuls préposés et, le cas échéant, leurs prestataires (sous-traitants au sens du règlement général sur la protection des données -RGPD-) ayant à en connaître.

Les parties se portent garantes du respect de cette obligation de confidentialité par leurs préposés et, le cas échéant, prestataires. Elles portent cette obligation à leur connaissance et prennent toutes mesures nécessaires à son respect.

Si pour l'exécution de la présente convention, les parties ont recours à des prestataires de services ceux-ci doivent présenter des garanties identiques pour assurer la mise en œuvre des obligations ci-dessus énoncées.

Les contrats qu'ils concluent avec ceux-ci doivent prévoir à la charge desdits prestataires une obligation de discrétion et de confidentialité. A cet effet les contrats doivent prévoir toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des données transmises.

## Article 6 - Sécurité des systèmes d'information

Les parties prennent toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données communiquées. Elles veillent notamment à assurer :

- la confidentialité des données, en empêchant leur divulgation à des tiers non autorisés, notamment par la mise en œuvre de procédés d'authentification adaptés ;
- l'intégrité des données, en empêchant leur modification ou destruction intentionnelle ou accidentelle en dehors de la convention ;
- la disponibilité des données, leur conservation et la disponibilité des systèmes d'information utilisés dans le cadre de la convention ;
- la traçabilité des opérations et de l'origine des données.

Dans ce cadre, les mesures techniques et organisationnelles de sécurité mises en œuvre doivent répondre aux exigences de sécurité de chacune des parties et faire l'objet d'un accord. Chaque partie doit, au préalable, avoir évalué le niveau de sensibilité des données lui appartenant et en avoir informé l'autre partie. Chaque partie s'engage à mettre à disposition de l'autre partie les politiques et procédure de sécurité mises en œuvre pour assurer l'exécution de ces dispositions.

Les parties se tiennent informées de toute difficulté ou anomalie détectée.

Si, pour l'exécution de la convention, les parties recourent à des prestataires (sous-traitants au sens du règlement général sur la protection des données -RGPD-), les contrats qu'elles concluent avec eux présentent, s'agissant des mesures de sécurité mises en œuvre, des garanties équivalentes à celles mises en place dans le cadre de la convention. Pour les opérations portant sur des données personnelles, les contrats précisent que le prestataire ne peut agir que sur instruction de son co-contractant.

Les modalités particulières de sécurité sont fixées en annexe 2.

Pour chacune des parties, les correspondants en charge de la sécurité des systèmes d'information sont désignés à l'annexe 3.

## Article 7 - Protection des données personnelles

Les parties s'engagent à respecter la réglementation applicable aux traitements de données personnelles, notamment le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 dit « règlement général sur la protection des données » (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le traitement LRSA DE dénommé « liste transmise aux Présidents des Conseils départementaux » a fait l'objet d'une première délibération de la CNIL le 4 juin 2009, puis d'une seconde délibération de la Commission le 8 septembre 2011. Il a été créé par le décret n°2009-716 du 18 juin 2009 puis modifié par le décret n°2011-2096 du 30 décembre 2011.

Le Conseil départemental est seul responsable du traitement qu'il met en œuvre pour son propre compte avec les données transmises par Pôle emploi.

Les parties traitent les données personnelles uniquement pour :

- la réalisation de l'objet de la convention ;
- les besoins de l'exécution et du suivi de la convention.

Dès lors que les données contenues dans les listes des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi transmises au Président du Conseil départemental seront téléchargées et feront l'objet de traitements spécifiques, le Conseil départemental s'engage à être en conformité avec le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 dit « règlement général sur la protection des données » (RGPD) et avec la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés,

Chaque partie informe les personnes concernées du traitement de données personnelles qu'elle met en œuvre et des moyens dont elles disposent pour exercer leurs droits, tels que prévus aux articles 15 à 23 du règlement général sur la

protection des données (RGPD), notamment leur droit d'accès, de rectification, et dans certains cas, d'effacement ou d'opposition.

En application de l'article R.262-116-7 du code de l'action sociale et des familles, le droit d'opposition prévu au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 38 de la loi précitée ne s'applique pas au présent traitement.

Les parties répondent aux demandes des personnes concernées dans le délai d'un mois. Elles collaborent entre elles, si nécessaire, pour apporter ces réponses.

Sauf accord préalable exprès de Pôle emploi et à peine de résiliation, le Conseil départemental traite les données sur le territoire de l'Union Européenne uniquement. A première demande de Pôle emploi, il communique la liste exhaustive des pays hébergeant les serveurs de données et des pays à partir desquels les intervenants ont accès aux données.

Sauf obligation légale ou réglementaire particulière, le Conseil départemental s'engage à détruire toutes les données personnelles et toutes leurs copies dès qu'elles ne sont plus nécessaires à l'exécution de la convention.

Chaque partie informe l'autre partie de la survenance de toute violation de données personnelles susceptibles d'avoir, directement ou indirectement, des conséquences pour l'autre partie, ainsi que de toute plainte qui lui serait adressée par une personne concernée par le traitement. Cette information intervient dans les plus brefs délais et au plus tard 36 heures après la découverte de la violation de données ou la réception de la plainte.

Pour chacune des parties, le délégué à la protection des données ou correspondant en charge de la protection des données personnelles est désigné à l'annexe 3.

## Article 8 - Suivi de la convention

Un comité de pilotage composé de représentants de Pôle emploi et du Département veille à la mise en œuvre, au pilotage et à l'évaluation de la présente convention.

Les membres du comité de pilotage sont :

- Pour le Département : le Directeur Général Adjoint de la Solidarité et de la Prévention (ou son représentant) et le Directeur du Pôle RSA – Lutte contre l'Exclusion (ou son représentant),
- Pour Pôle emploi : la Directrice territoriale, ou son représentant, et l'animatrice départementale.

Ce comité de pilotage se réunit une fois par an afin de :

- Faire le bilan annuel
- Définir les orientations à venir.
- Réguler la mise en place et l'exécution de la convention dans tous ses aspects techniques et opérationnels. Pour ce faire, il peut se réunir autant que de besoin.

## Article 9 - Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 4 ans à compter du 1<sup>er</sup> août 2021.

## Article 10 - Résiliation

La convention peut être résiliée, à tout moment, à la demande de l'une des parties adressée à l'autre partie, et notamment dans le cas où une décision administrative placerait Pôle emploi dans l'impossibilité de continuer à assurer la mise à disposition de l'application LRSA DE, par courrier recommandé avec avis de réception postale. La résiliation prend effet à la date indiquée dans le courrier et au plus tôt deux mois après la date de réception du courrier.

La convention peut également être résiliée en cas de manquement du Conseil départemental à ses obligations découlant de la convention. En ce cas, Pôle emploi suspend immédiatement la mise à disposition des données et met le Conseil départemental en demeure, par courrier recommandé avec avis de réception postale, de remédier au manquement. Dans le cas où la mise en demeure reste sans effet pendant un délai d'un mois à compter de la date de sa réception, la convention

prend automatiquement fin, sans autre formalité. Cette résiliation ne donne pas lieu à indemnité et intervient sans préjudice des actions susceptibles d'être engagées du fait du manquement.

En cas de résiliation de la convention, les droits d'accès à l'application informatique sont supprimés.

### **Article 11 - Litiges**

En cas de litige, la loi française est seule applicable et les tribunaux français seuls compétents. Les parties conviennent de rechercher en cas de litige un accord amiable et, faute de l'obtenir, de s'en remettre à la juridiction compétente. Il est expressément convenu que le tribunal territorialement compétent à l'égard d'un litige se rapportant à l'exécution de la convention est le tribunal dans le ressort duquel a légalement son siège Pôle emploi.

### **Article 12 - Dispositions diverses**

#### ***Article 12.1 - Documents contractuels, avenant et cession***

L'engagement des parties est constitué de la présente convention et ses 3 annexes :

- annexe 1 : liste des données ;
- annexe 2 : modalités d'échange des données ;
- annexe 3 : Formulaire de nomination/révocation du responsable de gestion de comptes (RGC)
- annexe 4 : fiche « Rôle et obligations du RGC » ;
- annexe 3 : correspondants au sein de chaque organisme.

Toute modification de la convention ou d'une annexe fait l'objet d'un avenant signé par les parties. La convention ne peut faire l'objet d'une cession à un tiers qu'avec l'accord préalable et exprès de l'autre partie.

#### ***Article 12.2 - Propriété intellectuelle***

La signature de la convention n'entraîne aucune cession de droits de propriété intellectuelle sur les données, logiciels ou applications et matériels utilisés dans le cadre de sa mise en œuvre.

**La convention est signée en deux exemplaires.**

À Périgueux, le.....

Le Président du Conseil départemental  
de la Dordogne

La Directrice territoriale Pôle  
emploi Dordogne Corrèze

Germinal PEIRO

Nathalie WEBER

## Annexe 1 - Liste des données

### A. CATEGORIES DE PERSONNES CONCERNEES

Les listes mises à disposition mensuellement par Pôle emploi au partenaire concernent les bénéficiaires du RSA domiciliés dans le département et demandeurs d'emploi, en cours, radiés ou suspendus.

### B. DONNEES TRANSMISES PAR POLE EMPLOI AU PARTENAIRE

- Données d'identification personnelles:
  - o NIR
  - o nom,
  - o prénom(s)
  - o date de naissance
  - o identifiant interne Pôle emploi
  - o adresse
  
- Vie professionnelle :
  - o date d'inscription à Pôle emploi
  - o catégorie d'inscription à Pôle emploi
  - o date de cessation d'inscription à Pôle emploi
  - o motif de cessation d'inscription (code et libellé)
  - o date de radiation
  - o motif et durée de radiation (code et libellé)

Pour chaque liste, les données mises à disposition du partenaire sont détaillées ci-dessous :

**Listes 1 et 2 : Bénéficiaires du RSA ayant fait l'objet d'une inscription au cours du mois M-1 et ensemble des bénéficiaires du RSA inscrits à l'issue de l'actualisation mensuelle du mois M-1**

Pour les demandeurs d'emploi du département, bénéficiaire du RSA, qui ont fait l'objet d'une inscription dans le mois M-1 ou qui sont toujours inscrits à la fin du mois M-1, les données sont :

- Le NIR
- L'identifiant Pôle emploi
- Le nom usuel et le prénom
- L'adresse
- La date de naissance
- La date de l'inscription
- La catégorie d'inscription



### Liste 3 : Bénéficiaires du RSA en cessation d'inscription

Pour les demandeurs d'emploi du département, bénéficiaire du RSA, ayant fait l'objet d'une cessation d'inscription dans le mois M-2 et qui ne se sont pas réinscrits dans l'intervalle entre leur date de cessation d'inscription et la fin du mois M-1, les données sont :

- Le NIR
- L'identifiant Pôle emploi
- Le nom usuel et le prénom
- L'adresse
- La date de naissance
- La date de cessation d'inscription
- Le motif de la cessation d'inscription (code et libellé)

### Liste 4 : Bénéficiaires du RSA ayant fait l'objet d'une radiation

Pour les demandeurs d'emploi du département, bénéficiaires du RSA, ayant fait l'objet d'une radiation dans le mois M-1, les données sont :

- Le NIR
- L'identifiant Pôle emploi
- Le nom usuel et le prénom
- L'adresse
- La date de naissance
- La date de radiation
- Motif et durée de la radiation (code et libellé)

Le nom et le prénom figurant dans les listes sont classés par ordre alphabétique.

## Annexe 2 - Modalités d'accès aux listes par le partenaire

### 1. ACCES AUX LISTES PAR L'APPLICATION LRSA DE

Les listes sont accessibles au Président du Conseil départemental sur le portail sécurisé du service public de l'emploi <https://www.portail-emploi.fr>, par l'application dénommée LRSA DE dès le 20 de chaque mois.

Sont ainsi accessibles les deux dernières séries de listes mises à disposition (pour le mois en cours et le mois précédent). Chacune des listes est consultable pendant une durée de 2 mois.

Les fonctionnalités de LRSA DE sont les suivantes :

- 1- consultation, impression, et téléchargement des listes de demandeurs d'emploi,
- 2- mise à disposition d'une boîte fonctionnelle permettant de contacter les services de Pôle emploi.

#### 1.1. Conditions générales d'accès à l'application LRSA DE

La présente convention confère un simple droit d'usage sur l'application mise à disposition et sur les données auxquelles elle donne accès. Ce droit d'usage sur l'application ou encore sur les données mises à disposition ne peut en aucun cas être cédé, à qui que ce soit, à titre gratuit ou à titre onéreux.

Pôle emploi ne peut en aucun cas être tenu pour responsable de la fiabilité de la transmission des données hors de son périmètre d'intervention technique, des temps d'accès ou des éventuelles restrictions d'accès indépendants de son emprise technique sur des réseaux connectés au réseau Internet.

Pôle emploi peut être amené à interrompre momentanément les services ou une partie des services proposés pour des raisons d'actualisation et de mise à jour des informations contenues dans l'application LRSA DE et également pour des raisons de maintenance programmée.

Chaque fois que l'évolution de l'application le rend utile ou nécessaire, Pôle emploi procède à une information auprès du partenaire. Le cas échéant, des notices ou documents techniques liés à ces évolutions sont mis à sa disposition.

#### 1.2. Désignation du responsable de gestion de comptes (RGC)

L'accès à l'application LRSA DE est autorisé sous réserve de la nomination par le Président du Conseil départemental, parmi les agents permanents, d'une personne appelée pour les besoins de la présente convention « responsable de gestion de comptes » (RGC).

Le partenaire s'engage à ce que la personne désignée comme RGC soit informée des obligations qui lui incombent en application de la présente convention notamment en lui remettant un exemplaire de la présente annexe.

Pôle emploi est informé de cette nomination par l'envoi du formulaire figurant à la présente annexe. Pôle emploi se réserve le droit de refuser sa nomination par écrit. Dans ce cas, le Président du Conseil départemental propose un autre RGC à Pôle emploi qui, si les conditions sont remplies, accepte par écrit et dans un délai d'un mois maximum, cette nouvelle proposition. En l'absence de réponse de Pôle emploi dans ce délai d'un mois maximum la désignation du nouveau RGC est réputée acceptée.

### 1.3. Fonctions du responsable de gestion de comptes

Le RGC, agent permanent du Conseil départemental est chargé, par délégation technique de Pôle emploi, de créer et de gérer le compte du Président du Conseil départemental et des agents individuellement habilités à accéder à l'application LRSA DE.

Le rôle du RGC est important, de par les missions qui lui sont confiées. Ce rôle et les obligations qui lui incombent sont précisés dans la présente annexe dont un exemplaire lui est remis.

Le Conseil départemental répond des obligations qui incombent au RGC en application de la présente convention et de la présente annexe.

### 1.4. Suppression et retrait de la qualité de RGC

En cas de départ du Conseil départemental, d'absence prolongée (absence de plus de trois mois), de changement de fonction, celui-ci doit en informer Pôle emploi par écrit, dans un délai de huit jours à compter de la connaissance de l'événement. La désignation d'un nouveau RGC s'effectue dans les mêmes conditions que celles décrites au point 1.2 ci-dessus.

Pôle emploi peut en outre exiger la révocation du RGC si la personne désignée en cette qualité ne respecte pas les obligations résultant de la présente convention. Le Conseil départemental adresse alors sans délai à Pôle emploi le formulaire de révocation. Dès la nomination d'un nouveau RGC, il adresse sans délai le formulaire de nomination dûment rempli.

Pôle emploi se prononce par écrit sur tout changement de RGC dans un délai de un mois maximum. Passé ce délai, et en l'absence de réponse de Pôle emploi, le changement de RGC est réputé accepté.

## 2. PERSONNES HABILITEES A ACCEDER AUX LISTES

### 2.1. Définition et conditions

L'accès aux listes des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi transmises au Président du Conseil départemental par Pôle emploi en application de la présente convention est réservé, et pour les seules finalités prévues à l'article R. 262-111 du code de l'action sociale et des familles:

- au Président du Conseil départemental en application de l'article L. 262-42 dudit code,
- aux agents du Conseil départemental individuellement habilités par le Président en application de l'article R. 262-114 dudit code.

Sont par conséquent habilités par décision du Président du Conseil départemental, un ou plusieurs agents chargé(s) d'effectuer un suivi des bénéficiaires du RSA au regard de leur inscription sur la liste des demandeurs d'emploi, de s'assurer du respect par les bénéficiaires du RSA des obligations mentionnées à l'article L. 262-28 du code de l'action sociale et des familles, et le cas échéant, de mettre en œuvre les sanctions prévues par l'article L. 262-37 modifié dudit code.

Pour chaque agent habilité, l'habilitation prend fin en cas de départ du Conseil départemental ou d'absence prolongée (absence de plus de trois mois), de changement de fonction, ou du non-respect des obligations lui incombant et figurant à la présente convention.

### 2.2. Modalités d'habilitation

En application de l'article R. 262-114 modifié du code de l'action sociale et des familles, le Président du Conseil départemental habilite individuellement les agents qui seront destinataires des données contenues dans les listes des bénéficiaires du RSA demandeurs d'emploi décrites à l'article 4-1 de la présente convention.



Chaque habilitation nominative est formalisée par écrit et signée par le Président du Conseil départemental. Pôle emploi se réserve le droit d'en demander une copie.

Les parties à la présente convention décident de fixer le nombre maximum d'agents habilités à : .....  
Ce nombre inclut l'habilitation du Président du Conseil départemental.

La qualité de RGC ne donne pas droit à un accès automatique à LRSA DE, cet accès n'est possible que si le RGC est expressément habilité par le Président du Conseil départemental.

### **2.3. Mise à jour des habilitations**

Une fois par an, le RGC met à jour la liste des personnes habilitées. Il la transmet à Pôle emploi entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 avril de chaque année. La mise à jour de la liste est l'occasion pour le RGC de faire le point sur les habilitations accordées au regard des effectifs en place ainsi que sur l'utilisation qui en est faite.

En cas d'incohérence entre les informations fournies par le RGC et celles détenues par Pôle emploi, ce dernier se réserve le droit d'exiger la suppression des habilitations qui ne se justifieraient plus. Pôle emploi se réserve également la possibilité de remettre en question le choix du RGC et d'en demander son remplacement conformément aux dispositions du point 1-3 de la présente annexe.

## **3. SECURITE - CONFIDENTIALITE DES CLES, IDENTIFIANTS ET MOTS DE PASSE**

L'accès à l'application LRSA DE est réservé au Président du Conseil départemental et aux agents du Conseil départemental dûment habilités conformément au point 2 de la présente annexe, disposant individuellement d'un identifiant de connexion et d'un mot de passe. Strictement personnels et confidentiels, cet identifiant et ce mot de passe ne peuvent être communiqués à quiconque, ayant ou non un lien de quelque nature que ce soit avec le Conseil départemental.

L'identifiant et le mot de passe sont attachés à la personne de chaque agent habilité.

Le mot de passe doit être régulièrement modifié dès qu'un message le demande au moment de l'accès à l'application. En cas de non accès à l'application pendant deux mois et plus, le mot de passe est désactivé.

### **Traçabilité - Durée de conservation des traces d'utilisation de l'application LRSA DE**

En application de l'article R.262-114 du code de l'action sociale et des familles, les traces d'utilisation de l'application LRSA DE sont conservées pendant une durée d'un an à compter de la réalisation des opérations effectuées.



### ANNEXE 3

#### FORMULAIRE DE NOMINATION/RÉVOCATION DU RESPONSABLE DE GESTION DE COMPTES (RGC)

(A compléter si aucun RGC n'a déjà été désigné dans le cadre d'une précédente convention  
LRSA DE ou de l'adhésion au DUDE ; sinon, joindre la copie de la nomination du RGC  
existante)

### Nomination/révocation du RGC

**Le Conseil départemental de la Dordogne dont l'adresse se situe** 2, rue Paul Louis  
Courier – CS 24019 Périgueux Cédex

**code SAFIR** .....

**représenté par** Monsieur Germinal PEIRO, en sa qualité de Président du Conseil  
départemental

Indique que

M.  Mme (**NOM**) ..... (**prénom**) .....

**Fonction** .....

**Téléphone** ..... **e mail** .....

est désigné(e) comme responsable de gestion des comptes de notre organisme

*ou*

cesse d'être le responsable de gestion des comptes de notre organisme

à compter du : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Le Président du Conseil départemental Germinal PEIRO

Fait à ....., le  
.....

Signature

## ANNEXE 4

### ROLE ET OBLIGATIONS DU RESPONSABLE DE GESTION DE COMPTES (RGC)

#### Document à remettre impérativement au RGC lors de sa nomination

Après la désignation du RGC par le Président du Conseil départemental à l'aide du formulaire figurant à l'annexe n° 2 de la présente convention et signature de la convention par les deux parties, Pôle emploi enregistre la convention et les coordonnées du RGC dans une application qui lui est propre. Ceci a pour effet d'identifier le RGC et de déclencher l'envoi automatique de son identifiant et d'un lien lui permettant de créer son mot de passe dans sa messagerie électronique.

#### Première connexion du RGC

Suite à la création de son mot de passe le RGC doit se connecter au portail partenaires (<https://www.portail-emploi.fr>). Un lien « GESTION DES IDENTITÉS ET DES DROITS PARTENAIRES - Profil RGC GIDP » apparaît dans l'espace « Mes applications » qui lui permet d'accéder à l'application de gestion des habilitations. Les informations nécessaires (guide GIDP) se trouvent sous le lien ainsi que dans la rubrique « Guides et documentation » accessibles sur la page d'accueil du site.

#### Création des comptes utilisateur

La rubrique « Mes utilisateurs » de l'application GIDP, permet au RGC de créer et habilitier le compte utilisateur pour le Président du Conseil départemental et chacune des personnes habilitées leur permettant d'accéder à LRSA DE.

#### Obligations du RGC

Le RGC est responsable de l'utilisation de l'outil qui est faite par les agents du département habilités. Il est le garant du bon usage, individuel et personnel, des comptes utilisateurs. Il informera donc les agents du département habilités des conditions impératives d'utilisation des comptes (articles 4 et 5) et des obligations incombant au Département (article 6).

Le RGC s'assure de la **tenue à jour de la liste des personnes autorisées à accéder à l'application LRSA DE**. Il doit en particulier supprimer sans délai l'autorisation d'accès de toute personne dont les fonctions viendraient à changer, qui ferait l'objet d'une absence prolongée (absence de plus de trois mois), ou qui quitterait le département. Chaque année, il transmet cette liste à Pôle emploi (Cf. article 4.3 de la présente convention).



En cas d'accès défaillant à l'application LRSA DE et après vérification du bon fonctionnement de l'environnement logiciel et matériel du département, il est chargé de contacter les services de Pôle emploi.

## Annexe 5 – Correspondants

### A. GOUVERNANCE DU PARTENARIAT

- A Pôle emploi : Nathalie WEBER, Directrice territoriale
- Au Conseil départemental de la Dordogne : Emmanuel SUCHARAUD, Directeur du Pôle RSA – Lutte Contre l'Exclusion

### B. SUIVI OPERATIONNEL DE L'ÉCHANGE DE DONNEES

- A Pôle emploi : Marianne PIRIS – [marianne.piris@pole-emploi.fr](mailto:marianne.piris@pole-emploi.fr)
- Au Conseil départemental de la Dordogne : Stéphane MERCIER – [s.mercier@dordogne.fr](mailto:s.mercier@dordogne.fr) / Carole DENOEUDE – [c.denoedut@dordogne.fr](mailto:c.denoedut@dordogne.fr)

### C. SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION

- A Pôle emploi : Sylvain Lambert, Responsable de la sécurité des systèmes d'information pour ce partenariat [sylvain.lambert@pole-emploi.fr](mailto:sylvain.lambert@pole-emploi.fr)
- Au Conseil départemental de la Dordogne : Yoann-Mathieu FERNANDEZ - Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information - [ym.fernandez@dordogne.fr](mailto:ym.fernandez@dordogne.fr)

### D. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

- A Pôle emploi : Délégué à la protection des données.  
Les personnes concernées peuvent faire valoir leurs droits par courriel à [courriers-cnif@pole-emploi.fr](mailto:courriers-cnif@pole-emploi.fr) ou par courrier à l'adresse suivante : Pôle emploi, délégué à la protection des données, 1-5 avenue du Docteur Gley, 75987 Paris Cedex 20
- Au Conseil départemental de la Dordogne : Laure de Mazerat - Déléguée à la protection des données

Les personnes concernées peuvent faire valoir leur droits par [XXXXX préciser les modalités de saisine].



**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.34**

**Avenant n° 3 à la convention de coopération entre Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine  
et le Département de la Dordogne pour l'insertion sociale et professionnelle  
des demandeurs d'emploi (Année 2021).**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Mireille VOLPATO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CP.VIII.34

Avenant n° 3 à la convention de coopération entre Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine  
et le Département de la Dordogne pour l'insertion sociale et professionnelle  
des demandeurs d'emploi (Année 2021).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

VU la délibération de la Commission Permanente n° 16.CP.I.23 du 29 février 2016,

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

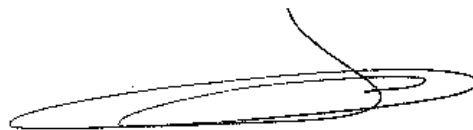
VU la délibération de la Commission Permanente n° 21.CP.II.17 du 3 mai 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

**APPROUVE** l'avenant n° 3, ci-annexé, à la convention de coopération pour l'insertion sociale et professionnelle des demandeurs d'emploi entre le Département de la Dordogne et Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine dont le siège régional est situé 87, rue Nuyens - 33056 BORDEAUX Cedex.

**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  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,**

**Bruno LAMONERIE**



## Avenant n°3 à la Convention de coopération entre Pôle emploi Aquitaine et le Conseil départemental de la Dordogne pour l'insertion sociale et professionnelle des demandeurs d'emploi

Entre, d'une part,

### **Pôle emploi Nouvelle Aquitaine,**

Institution nationale publique mentionnée à l'article L.5312-1 du Code du Travail, dont le siège régional est situé au 87, rue Nuyens - 33056 BORDEAUX Cedex, représenté par Mme Nathalie WEBER en sa qualité de Directrice territoriale de Pôle emploi en Dordogne et Corrèze,

Et, d'autre part,

### **Le Département de la Dordogne,**

Représenté par M. Germinal PEIRO, en sa qualité de Président du Conseil départemental, domicilié en cette qualité au 2, rue Paul Louis Courier - CS 11200 - 24019 PERIGUEUX Cedex

### **Il est convenu et arrêté ce qui suit :**

Cette convention départementale est déclinée à partir de l'Accord-cadre national établi préalablement entre l'Association des Départements de France et Pôle emploi en date du 1<sup>er</sup> avril 2014. Celui-ci est arrivé à son terme et est en cours de renégociation. Les deux Partenaires signataires décident donc d'un commun accord de formaliser la poursuite de leurs engagements pour l'année 2021 au travers d'un avenant.

### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET DE L'AVENANT**

Le présent avenant a pour objet de renouveler en l'état le contenu et les modalités du précédent accord établi entre Pôle emploi et le Département de la Dordogne signé le 3 mai 2021.

### **ARTICLE 2 : RENOUVELLEMENT DES ARTICLES**

Les articles 1 à 8 sont inchangés, à l'exception de l'article 5.1 portant sur la durée de la convention.

### **ARTICLE 3 : DUREE DE LA CONVENTION**

Le présent avenant porte renouvellement de la convention du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Fait en 2 exemplaires originaux à Périgueux,

Le Président du Conseil départemental  
de la Dordogne,

La Directrice Territoriale de Pôle emploi  
Dordogne – Corrèze,

Annexe à la délibération n° 21.CP.VIII.34 du 13 décembre 2021.

**Germinal PEIRO**

**Nathalie WEBER**

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.35**

**Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active (RSA)  
avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) Dordogne - Lot-et-Garonne.**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Mireille VOLPATO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

---

N° 21.CP.VIII.35

Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active (RSA)  
avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) Dordogne - Lot-et-Garonne.

---

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

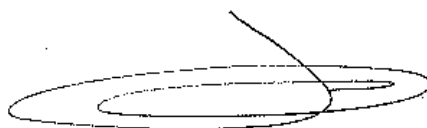
VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

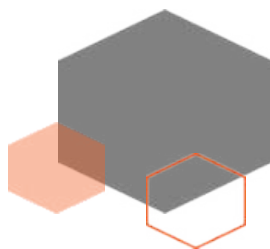
**APPROUVE** la convention ci-annexée, à intervenir entre le Département de la Dordogne et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) Dordogne - Lot-et-Garonne sise 31, place Gambetta - 24100 BERGERAC.

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



Pour le Président et par délégation,  
le Vice-président chargé  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,

Bruno LAMONERIE



Annexe à la délibération n° 21.CP.VIII.35 du 13 décembre 2021

# Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active 2021-2023

Entre :

Le Conseil départemental de la Dordogne /  
la Mutualité Sociale Agricole de Dordogne/Lot et Garonne



## **Le Revenu de Solidarité Active**

- Lutter contre l'exclusion
- Accompagner le retour à l'emploi
- Améliorer ses ressources

**CONVENTION DE GESTION  
DU REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE**

Entre :

**Le Département de la Dordogne**, sis Hôtel du Département, 2 rue Paul-Louis Courier - CS 11200 - 24019 – PERIGUEUX Cedex, (SIRET n° 222 400 012 00019), représenté par le Président du Conseil départemental, M. Germinal PEIRO, dûment habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente n° 21.CP.VIII. du 13 décembre 2021,

D'une part,

Et :

**La Mutualité Sociale Agricole de Dordogne / Lot-et-Garonne** sise 31, place Gambetta - 24100 BERGERAC, représentée par M. Gauthier de GUALY, Directeur,

D'autre part.

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment ses articles L.262-13, L.262-16, L.262-25, R.262-60 à D.262-64 et R.262-65 et suivants,

Vu la Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion,

Vu le décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 relatif au Revenu de Solidarité Active,

Vu le décret n° 2010-961 du 25 août 2010 relatif à l'extension du revenu de solidarité active aux jeunes de moins de vingt-cinq ans,

Vu le décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relatif aux procédures d'orientation, de suspension et de radiation applicables aux bénéficiaires du RSA,

Vu les décrets n° 2017-122 et 123 du 1<sup>er</sup> février 2017 relatifs à la réforme des minimas sociaux,

Vu le décret n° 2017-811 du 05 mai 2017 relatif aux modalités de calcul du Revenu de Solidarité Active et de la Prime d'Activité pour les travailleurs non-salariés,

Vu l'article 87 de la loi des finances modifiant l'article L.262-21 du CASF.



## PRÉAMBULE

La Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 qui généralise le Revenu de Solidarité Active (RSA), et réforme les politiques d'insertion a confié notamment aux départements et aux Caisses d'Allocations Familiales (CAF), et de Mutualité Sociale Agricole (MSA), la charge de recevoir la demande de l'allocataire, de procéder à l'instruction administrative des demandes, d'assurer le calcul et le paiement de l'allocation. Elle garantit ainsi aux bénéficiaires du RSA un interlocuteur privilégié pour l'accès au bénéfice de l'ensemble des prestations et une offre de service de qualité.

Les Caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA) peuvent apporter leur concours au Président du Conseil départemental en matière d'orientation des bénéficiaires du RSA. A cette fin, elles disposent notamment à titre indicatif du référentiel de données mentionnées à **l'article R.262-66** du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En outre, les Caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA) s'appuient sur les référentiels réglementaires internes de la branche Famille en matière d'instruction et de gestion du droit au RSA.

Le dispositif RSA s'appuie sur un partenariat structuré entre les départements et les MSA.

L'efficacité des politiques de solidarité au service des usagers requiert une relation partenariale renforcée entre les acteurs qui s'incarne dans leur capacité à trouver des solutions pertinentes, efficaces et innovantes dans le respect du cadre légal et réglementaire opposable.

Ce partenariat place l'utilisateur au cœur du dispositif. Dans ce cadre les actions déployées par les 2 partenaires cherchent notamment à simplifier les démarches administratives de l'utilisateur et à lutter contre le non recours ou la méconnaissance de ses droits.

La présente convention fixe les conditions dans lesquelles s'exercent, dans l'intérêt de l'allocataire et des parties à la convention, les relations partenariales entre le Département et la MSA, et traduit une volonté forte de coopération.

### Il est convenu ce qui suit :

- **Article 1<sup>er</sup> : Un service de qualité à l'allocataire**

1.1 L'offre de service de la branche Famille est définie par une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pluriannuelle, signée par la Caisse Centrale MSA et l'Etat. Elle garantit, au travers d'engagements mesurables, la rapidité, la maîtrise et la qualité de l'instruction, de

la liquidation des droits et de l'information de l'ensemble de ses allocataires et de ses partenaires. Ce socle de service de la MSA est une référence commune pour les deux parties.

1.2 La MSA assure aux bénéficiaires du RSA un service équivalent à celui qu'elle propose dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion à l'ensemble des allocataires de la branche Famille.

1.3 La MSA s'engage à appliquer les décisions d'opportunité prises par le Département dans un délai permettant d'offrir un service de qualité. Elle s'engage également à notifier les décisions d'opportunité prises par le Pôle RSA-LCE et le Service du Contentieux de l'Aide Sociale en respectant et reprenant l'ensemble des éléments développés dans ces décisions.

1.4 Conformément à la législation en vigueur (**décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012**), dès lors qu'une personne entre dans le champ des droits et devoirs, la MSA informe le bénéficiaire concerné du RSA par courrier selon le modèle de courrier établi par la DGCS et intégré dans le système d'information MSA. Le modèle de courrier adressé aux allocataires informera des **articles L.262-27 et L.262-28** du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elle informe également le Président du Conseil départemental par le flux dématérialisé.

1.5 A la demande du Département et après acceptation par la MSA, le socle de services peut faire l'objet d'adaptations figurant dans un avenant à la présente convention.

1.6 Lorsque le Département a en charge l'instruction des demandes, il veille à la qualité et à la rapidité de l'instruction des dossiers qui conditionnent la qualité du service à l'allocataire.

Sauf délégation, le Département se prononce et communique sa décision à la Mutualité Sociale Agricole dans des délais permettant d'offrir un service de qualité à l'allocataire.

- **Article 2 :**      **Accompagnement des familles et qualité de service**

La MSA apporte son concours au Président du Conseil départemental en proposant des actions d'audit social, appelées également rendez-vous prestations auprès de ses assurés. Ces rendez-vous s'inscrivent dans une démarche de plénitude des droits et offrent une étude de l'intégralité des droits auxquels les assurés peuvent prétendre.

- **Article 3 : Les compétences déléguées et non déléguées**

Cet article a pour objectifs de définir pour les deux parties les délégations de compétences en terme de RSA et de garantir l'application des dispositions législatives et des principes dérogatoires décidés par le Président du Conseil départemental tels que prévus dans l'article L.262-26.

3.1 Le Président du Conseil départemental accorde à la MSA les délégations suivantes

3.1.1. Dans le cadre d'une stricte application des dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF),

- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits RSA, à l'exception des cas devant faire l'objet d'une décision d'opportunité (cf. **art. 3.2**) ;
- Les décisions relatives à l'ouverture ou la poursuite des droits RSA pour les personnes devant faire valoir leur droit en vertu du principe de subsidiarité.

**Dans ce cadre :**

- Concernant les créances alimentaires liées : a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212 du Code civil**), b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2 du Code civil**), c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270 du Code civil**), la délégation est donnée à la MSA d'ouvrir ou de poursuivre le droit au RSA pendant 4 mois afin de permettre à l'allocataire de faire valoir ses droits sur ces créances.

A l'issue de ce délai, si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits à créances alimentaires et n'a pas sollicité de dispense, la délégation est donnée à la MSA pour réduire le RSA d'un montant au plus égal à celui de l'Allocation de Soutien Familial (ASF), partielle non majorée ;

- Concernant les autres prestations sociales auxquelles l'allocataire aurait droit, il dispose d'un délai de deux mois auquel s'ajoute un mois supplémentaire pour les faire valoir (**art. R.262-46 à R.262-49 du CASF**).

Si ce dernier n'a pas fait valoir ses droits, une suspension est appliquée.

- Il est à noter que la MSA n'appliquera pas de neutralisation si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits aux allocations chômage et est dans l'incapacité de suivre l'aboutissement de cette démarche.
- Pour l'ensemble des cas qui précèdent, la MSA sert le RSA à titre d'avance.
- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits aux personnes de nationalité étrangère non ressortissantes de l'Union Européenne et d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse qu'elles soient bénéficiaires ou non de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;
- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture ou au renouvellement des droits des autoentrepreneurs, ayant opté ou pas pour le prélèvement libératoire ;
- La mise en paiement de la prestation en application de la réglementation en vigueur ;
- Le versement de l'allocation à un tiers agréé à cet effet ou nommé par décision judiciaire ;
- Le paiement d'acomptes sauf dans les cas où la déclaration trimestrielle de ressources n'est pas retournée dans le délai prévu ;
- Le renouvellement des droits ne faisant pas l'objet d'une décision d'opportunité ;
- L'application des décisions de sanction à la suite des avis issus des équipes pluridisciplinaires pour les cas prévus à **l'article L.262-37** du CASF (défaut de contractualisation, non-respect du contrat, radiation de pôle emploi) ;
- La radiation ou la suspension pour obstruction au contrôle ; en ce qui concerne les obstructions au contrôle sur place diligenté par la MSA, la Caisse transmettra au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental les éléments permettant à l'équipe pluridisciplinaire de rendre son avis (synthèse des démarches effectuées pour rencontrer le bénéficiaire, courriers...) et attendra que l'avis de l'équipe pluridisciplinaire accompagné de la décision d'opportunité prise par le Conseil départemental lui soient retournés pour procéder, le cas échéant, en fonction de la décision prise, à la suspension des versements ;

- Le rejet de la prestation et de sa mise en paiement si les conditions administratives ou financières ne sont pas remplies ;
- La neutralisation des revenus d'activité et autres revenus en cas de fin de perception et absence de revenu de substitution hormis les cas cités de **l'article 3.2.** ;
- La radiation des droits simples ;
- Le non octroi ou non renouvellement du droit lorsque l'allocataire n'a pas répondu au terme des délais (55 jours) à une demande de pièces complémentaires.

3.1.2. Délégations particulières n'entrant pas le CASF concernant le paiement de la prestation

- Gestion du partage du RSA en cas de garde alternée conformément à l'arrêt 398911 du Conseil d'Etat du 21 juillet 2017.

3.2 Situations particulières pour lesquelles la MSA adresse au Pôle RSA-LCE (ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental) des propositions de décision d'opportunité, accompagnées des « compléments d'informations » et de tous les documents nécessaires à l'étude de la demande (listés en annexe 1) :

- Sur réclamation du demandeur, les étudiants ou élèves - stagiaires ayant conclu une convention tripartite entre un établissement scolaire, un employeur et le stagiaire (y compris apprentis juniors), non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes en congé parental, congé sans solde, mise en disponibilité, non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes pouvant prétendre à un avantage vieillesse ou invalidité à taux plein et qui refusent de faire valoir leur droit ;
- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse, bénéficiaires ou pas de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;
- Les créances alimentaires liées :
  - a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212 du Code civil**),

b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2 du Code civil**),

c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270 du Code civil**). A l'expiration du délai de 4 mois + un mois supplémentaire accordé (**art. R.262-46 à R.262-49 CASF**) et lorsque l'allocataire sollicite une dispense auprès du Président du Conseil départemental, la MSA interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité ;

- Les droits à prestations sociales : à l'issue du délai des 3 mois après la demande, la MSA interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité accompagnée des compléments d'informations (**art. R.262-49 du CASF**) sur réclamation du demandeur ;
- Les demandes de dispense de mise en œuvre du recouvrement de droits personnels (pension alimentaire, créance alimentaire ...) ;
- Les demandeurs soumis à l'obligation de faire valoir leurs droits à créance alimentaire vis-à-vis de leurs parents ;
- Les travailleurs indépendants, les artistes non affiliés et les exploitants agricoles, y compris les cotisants solidaires, les aides familiaux et les chefs d'exploitation non-affiliés ;
- Les travailleurs non-salariés agricoles (et/ou tous les conjoints non-salariés) souhaitant bénéficier d'un calcul de leurs droits sur la base de leur chiffre d'affaires trimestriel (droit d'option octroyé annuellement) ;
- Toutes les personnes ayant démissionné de leur emploi (sauf rupture en période d'essai), dans les deux dernières années précédant la date de dépôt de leur demande ou en cours de droit RSA ;
- Les neutralisations des revenus d'activité en cas de démission et de rejet d'indemnisation ;
- En cas d'arrêt de versement de pension alimentaire si pas de possibilité de droit ASF ;
- En cas d'arrêt de versement de la Prestation Partagée d'Education (PreParE) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution;
- En cas d'arrêt de versement de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution ;

- Les réouvertures de droit faisant suite à suspension ou radiation de moins d'un an pour défaut de contractualisation (Contrat d'Engagements Réciproques ou Projet Personnalisé d'Accompagnement à l'Emploi) ;
- Les réouvertures ou reprises de droit faisant suite aux déclarations trimestrielles de ressources non fournies dans les délais ;
- Lorsque la dernière décision d'opportunité, datant de moins de deux ans, prise par le Conseil départemental (Pôle RSA-LCE ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale) mentionne que la MSA doit le ré interpellé ;
- En cas de suspicion de fraude telle que définie à l'Article 5.3.1, et selon les modalités prévues audit article.

3.3 Situations particulières pour lesquelles le Pôle RSA-LCE adresse à la MSA une demande de neutralisation des revenus d'activité salarié d'un bénéficiaire ou d'un ayant droit.

- Conformément aux dispositions des articles **L.121-4 et L.262-26** du Code de l'Action Sociale et des Familles, aux fins de favoriser la reprise d'activité salariée des publics les plus précaires, et en lien avec les caractéristiques de l'emploi et les besoins de main d'œuvre du Département, les foyers allocataires du RSA bénéficient d'une possibilité de neutralisation des revenus liés à l'exercice professionnel d'une activité saisonnière ou via la clause d'insertion.

#### **Article 4 : Modalités de communication et d'information**

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, en particulier le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 sur la protection des données.

Les traitements de données à caractère personnel concernés par la présente convention sont réalisés dans le cadre d'une obligation légale dont les finalités sont l'octroi du RSA, son contrôle, la gestion des recours et contentieux et les conditions financières de son financement.

Chaque partenaire s'engage à traiter les données uniquement pour les seules finalités de cette convention, à minimiser les données collectées, conservées et échangées pour les adapter aux seules finalités de la convention.

Il s'engage à garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de cette convention et à mettre en œuvre les mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir le niveau de sécurité nécessaire à la protection des données (sécurité des échanges, habilitations, sécurité des systèmes d'information).

Chaque partenaire, au moment de la collecte des données, doit fournir aux personnes concernées par les opérations de traitement les informations relatives aux traitements de données réalisés et doit permettre l'exercice de leurs droits.

Chaque partenaire s'engage à effectuer, pour son propre compte, les opérations de conformité légales (nomination d'un délégué à la protection des données, tenue d'un registre de traitements).

#### 4.1. Au Conseil départemental :

4.1.1. Dans le cadre de l'octroi du droit, de son renouvellement et du suivi d'insertion, la MSA fournit au Conseil départemental :

- Des informations nominatives, financières et statistiques émises sous forme de flux par le système d'information national des MSA. Ces données se fondent sur les travaux conduits notamment au sein du Comité de Pilotage sur les Echanges d'Informations (CPEI) ;
- Dans un délai de 15 jours maximum, des informations relatives aux bénéficiaires concernés par le maintien d'un enfant décédé dans le calcul de son RSA ;
- Des informations relatives aux travailleurs non-salariés (travailleurs indépendants et autoentrepreneurs). Pour les non-salariés agricoles, des informations concernant leurs statuts pourront être transmises par le service cotisations de la caisse (ex : cessation d'activité, changement de statut...);
- Un accès aux informations nominatives concernant les dossiers des bénéficiaires de RSA via le service RSA-CG. Cet accès fait l'objet d'une convention spécifique.
- L'intégralité des pièces nécessaires à l'instruction des dossiers, conformément à la liste présente en annexe 1 ;
- Les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale) ;
- Les notifications d'indus après chaque décision prise par le Conseil départemental (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale).



4.1.2. Dans le cadre du suivi et de la coordination des dispositifs, la MSA :

- Transmet au Département sa Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), à chaque renouvellement et présente, une fois par an son plan de contrôle ;
- Transmet chaque année (au plus tard le 30 juin) au Département un bilan des contrôles des bénéficiaires du RSA au titre de l'année précédente. Ce bilan comprend une analyse des indus et des rappels par type de cible de contrôle (sur place, sur pièces, échanges automatisés) ;
- Communique au Département, une fois par an, un bilan relatif à la Prime d'activité, et à ses actions de lutte contre la pauvreté.

4.2. Notifications aux allocataires :

Les notifications adressées aux allocataires sont générées de manière automatisée par le système d'information national des MSA. Néanmoins, pour certaines d'entre elles (notifications de fraude et certaines notifications de refus), elles peuvent être retraitées manuellement par les agents de la caisse.

- Toutes les notifications fraudes adressées aux allocataires par la MSA doivent comporter les mentions suivantes :
  - Les motifs détaillés de la décision ;
  - Les textes législatifs et /ou réglementaires sur lesquels est assise la décision ;
  - Les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Les notifications manuelles de refus de l'allocation RSA doivent comporter les motifs détaillés du refus, les textes réglementaires ainsi que les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Dans le souci d'inscrire l'usager au cœur du dispositif et de l'informer de ses droits, toutes les notifications adressées aux allocataires par la MSA devront, dès que le système d'information de la caisse le permettra, respecter les conditions de forme suivantes :
  - Mentionner les motifs détaillés de la décision ;

- Préciser les textes législatifs et / ou réglementaires sur lesquels est assise la décision ;
- Indiquer clairement et de façon visuelle l'existence d'un premier niveau de recours, à savoir le Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) qui doit être adressé au Président du Conseil départemental ;
- Permettre à l'allocataire de distinguer aisément les différentes voies et délais de recours qui lui sont offerts, à savoir le RAPO puis le Recours devant le Tribunal Administratif.

#### 4.3. A la MSA :

- Dans le cadre du suivi et de coordination des dispositifs, le Conseil départemental :
  - Transmet à la MSA, un bilan annuel des contrôles réalisés par le Conseil départemental ;
  - Transmet à la MSA, des documents programmatiques relatifs à la lutte contre la pauvreté (PDI, PTI, bilan annuel d'activité) et présente, une fois par an son plan de contrôle annuel ;
  - Transmet son Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) ;
  - Transmet les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement.

#### **Article 5 : Traitement des demandes d'information, recours, fraudes, amendes / pénalités administratives**

Il convient de distinguer les recours (administratifs préalables et contentieux) de la simple demande d'information d'un allocataire concernant le calcul de son droit RSA.

##### 5.1. La demande d'information

Les demandes d'information concernant le calcul du droit au RSA sont traitées par la MSA.

Dans ce cadre, elle s'engage à faire parvenir si nécessaire au Pôle RSA-LCE ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale, dans les délais les plus brefs, une copie de la réponse adressée à l'allocataire.

## 5.2. Les recours

Il convient de distinguer les 2 types de recours : le recours administratif préalable obligatoire et le recours contentieux.

### 5.2.1 Le recours administratif préalable

Ce recours s'entend des contestations du bien-fondé de la décision ou des demandes de remises gracieuses partielles ou totales de l'indu (conformément à l'avis rendu du Conseil d'Etat à une question préalable de Constitutionnalité).

- S'agissant des contestations sur le fond (avec ou sans indu) : la MSA s'engage à transmettre sans délai les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.
- S'agissant des demandes de remise de dettes :
  - Pour tous les indus d'un montant initial supérieur ou égal à 3 fois le montant du RSA fixé pour une personne seule, la MSA s'engage à transmettre les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.
  - Pour les demandes de remises de dettes portant sur des indus strictement inférieurs à 3 fois le montant du RSA versé pour une personne seule, ils seront traités par la Commission de Recours Amiable (CRA) de la MSA dans les délais prévus par l'article R.262-89 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (2 mois).

Dans ce cadre la MSA transmettra au fil de l'eau, au Pôle RSA-LCE la copie des notifications individuelles, conformément à l'article 4.1.1.

Ces recours administratifs préalables seront transférés au Conseil départemental (au Pôle RSA-LCE et/ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale), dès réception et sans aucun délai, accompagnés de la décision contestée (la copie ou la notification de l'indu), de la demande de l'utilisateur et de toutes pièces nécessaires à l'instruction dudit recours.

### 5.2.2 Le recours contentieux

Les recours contentieux s'entendent des contestations faisant suite aux décisions nées des recours administratifs préalables.

S'agissant des décisions déléguées et non déléguées à la MSA par le Conseil départemental, visées aux articles 3.1 et 3.2 de la présente convention, la MSA transmettra les recours contentieux portant sur le RSA au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental.

Dans les cas où la CRA a apporté la réponse contestée, la transmission de ces recours sera accompagnée de la décision contestée.

Les services du Département feront la demande à la MSA de l'ensemble pièces nécessaires à l'instruction du recours et la MSA s'engage à les transmettre dans leur complétude.

Les suites données à ce recours seront communiquées par les services du Département à la MSA dès lors qu'elles modifieraient la décision initiale ou un droit en cours.

### 5.3. La fraude

#### 5.3.1 La prévention : la suspicion de fraude

Dans le cadre de la lutte contre la fraude la MSA et le Conseil départemental se communiquent les cas de suspicion de fraude

##### 5.3.1.1 La suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle MSA :

###### 5.3.1.1.1 Principes

Lorsque les éléments constitutifs de la fraude semblent réunis (intentionnalité, matérialité des faits) le contrôleur MSA ou le gestionnaire conseil prestations est habilité à déclarer qu'il y a suspicion de fraude sans avoir à solliciter un autre avis.

En cas de doute, le principe retenu est d'acter une « suspicion »

###### 5.3.1.1.2 Modalités

- Dans le cas d'un contrôle sur place, la MSA adresse les rapports rédigés par les contrôleurs, accompagnés des éléments utiles à la qualification de la fraude.  
Ledit rapport doit faire apparaître dans ses conclusions les éléments à charge et à décharge en cas de doute
- Dans le cas d'un contrôle sur pièces, le gestionnaire conseil MSA adresse une fiche détaillée, reprenant de manière précise et circonstanciée, les éléments constitutifs l'ayant amené à détecter une suspicion de fraude et les éléments à charge et à décharge en cas de doute

- Le Conseil départemental se prononce sur les manœuvres frauduleuses et adresse une décision d'opportunité à la MSA accompagnée éventuellement d'une note décisionnelle à l'appui

#### 5.3.1.2 La suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle du Conseil départemental

Lorsque les services du conseil départemental détectent un cas de fraude à l'occasion d'un de leur contrôle, ils adressent à la MSA leurs conclusions et pièces utiles en pièce jointe à la décision d'opportunité prise par leur Président.

#### 5.3.2 La sanction : Les amendes administratives et pénalités

En cas d'indus RSA frauduleux, une procédure de gestion des amendes ou pénalités pourra être décrite et annexée à la présente convention.

### **Article 6 : Le juste droit et les contrôles**

La politique de maîtrise des risques est déterminée par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), selon une méthodologie et un niveau de réalisation des objectifs annuels qui s'applique à l'ensemble du réseau des MSA. Au-delà de ce socle de base national, des compléments locaux peuvent y être apportés dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques. Ces éventuels contrôles supplémentaires sont facturés par la MSA.

La stratégie de sécurisation des risques sur les données entrantes, initiée par la branche Famille repose sur les principes suivants :

- Sécuriser les données entrantes, en amont du versement, en utilisant la dématérialisation (contrôles de cohérences lors de la télé-procédure RSA) ou la circulation avec les tiers (échanges avec les partenaires du type web service) ;
- Cibler les sécurisations sur les dossiers et les informations les plus à risques, notamment par l'intermédiaire de requêtes de contrôle aléatoire ;
- Déployer suffisamment de contrôles pour garantir leur effet dissuasif.

Le plan national peut, le cas échéant, être complété d'actions établies d'un commun accord entre la MSA et le Département sur la base d'une analyse partagée des risques.

Ainsi, les actions de contrôle supplémentaires sont mises en œuvre dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques dont dispose la MSA.

Un bilan annuel des contrôles réalisés sur le RSA est fourni, chaque année à échéance du 30 juin, conjointement par la MSA et le département.

6.1 Le contrôle des bénéficiaires du RSA fait l'objet, chaque année, d'un plan qui prend en compte une analyse des risques au plan national et local, les orientations nationales en matière de maîtrise des risques, permettant de déterminer les cibles et les objectifs de contrôle que la MSA propose au Département.

6.2. Le plan de contrôle de la MSA comporte :

- Des croisements systématiques de fichiers (selon les périodicités afférentes à chaque production d'informations) avec la Direction Générale des Finances Publiques, l'Agence Service de Paiement, Pôle Emploi, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés. Les informations recueillies seront affectées dès croisement au dossier du bénéficiaire afin de permettre le calcul trimestriel du droit ;
- Des contrôles systématiques de multi-affiliation des bénéficiaires au moyen du répertoire national des bénéficiaires ;
- Des contrôles sur pièces ;
- Des contrôles sur place ;
- Des contrôles guichet ;
- Des contrôles par voie téléphonique.

6.3. La densité des contrôles effectués par la MSA est fixée annuellement sur la base des dispositions du plan national de maîtrise des risques de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. Le nombre de contrôles à réaliser sur place fera l'objet d'un accord annuel entre le Département (Service du Contentieux de l'Aide Sociale) et la MSA.

## **Article 7 : Recouvrement des indus et transfert des créances**

7.1. Conformément au principe de fongibilité, l'indu de RSA est récupéré en appliquant un barème de recouvrement sur les mensualités du RSA à échoir ou, à défaut, sur les mensualités des autres prestations à échoir (prestations familiales, aides au logement, allocation aux adultes handicapés). L'extension du principe de fongibilité aux indus qualifiés de frauduleux par le Président du Conseil départemental s'effectue à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.

7.2. Dans le cas où la personne n'est plus bénéficiaire du RSA ni d'aucune autre prestation, la MSA transmet au Président du Conseil départemental, à l'issue d'un délai de 3 mois sans recouvrement, l'état des créances RSA à recouvrer, sauf si un échéancier de remboursement est en cours et respecté.

La liste des indus doit faire apparaître :

- L'identité de l'allocataire (nom, prénom, date de naissance n° d'allocataire, adresse...);
- L'objet de la prestation (RSA / RSA majoré);
- La date d'implantation;
- La période de l'indu;
- Le montant initial de l'indu et le solde restant à recouvrer;
- Le motif détaillé du caractère indu du paiement.

7.3. Pour les indus faisant l'objet d'une qualification de fraude avec dépôt d'une plainte par le Président du Conseil départemental, la MSA transfère dans le mois la créance détaillée sur la période retenue par le Conseil départemental, accompagnée de la notification envoyée à l'allocataire et des déclarations trimestrielles de ressource initialement transmises par l'allocataire.

7.4. Les indus de RSA intégrés dans un plan de surendettement seront traités de la façon suivante :

- Indus non frauduleux : la décision Banque de France est appliquée par la MSA ;
- Indus frauduleux : la MSA transmet la copie du plan de surendettement au Pôle RSA-LCE. Si le Conseil départemental décide de contester le plan de surendettement, la MSA procèdera à la cession de la créance concernée par la contestation.

#### **Article 8 : Les outils informatiques**

Le système d'information relatif au traitement des prestations légales est mis en œuvre de manière homogène sur l'ensemble de son réseau par la Caisse Centrale MSA, qui en a la responsabilité exclusive. Toute demande d'évolution doit être soumise à la Caisse Centrale MSA selon les procédures en vigueur.

Le calcul et le paiement du RSA sont assurés par la MSA au moyen de son système d'information national.

#### **Article 9 : Le coût de gestion du RSA**

L'instruction et le versement du RSA, conformément au socle de base défini à l'article 1<sup>er</sup>, est assuré pour le compte du Département à titre gracieux par la MSA. Le coût est défini nationalement par l'Observatoire national des charges.

## Article 10 : Dispositions comptables et financières

### 10.1 : Traitement comptable

#### 10.1.1 : Demande d'acompte mensuel

La MSA transmet chaque mois, conformément aux articles **L. 262-25 II et D. 262-61** du CASF, une demande d'acompte au Département, qui récapitule l'ensemble des opérations constatées le mois précédent sur les droits au RSA socle, socle majoré, local (si applicable) des allocataires.

Conformément à l'article L. 262-25-II du CASF, cette demande ventile les opérations par nature de prestation et par type d'opérations comptables. Parallèlement à ce document papier de synthèse, un flux financier dématérialisé (Xml) est adressé au Département. Il justifie chacune des opérations nominativement, bénéficiaire par bénéficiaire.

#### 10.1.2 : Régularisation annuelle

Au terme de chaque année, la MSA peut procéder à une régularisation annuelle. Le cas échéant, celle-ci doit faire l'objet d'une facture, adressée par la MSA au Département.

### 10.2 : Traitement financier

Le principe d'une stricte neutralité financière des flux financiers est réaffirmé. Les flux financiers prévus au présent article sont financièrement neutres pour la MSA, conformément au 4° du I. de l'article L. 262-25 du CASF.

#### 10.2.1 : Remboursement de la demande d'acompte par le Département

La demande d'acompte mensuelle du mois M doit être réglée par le département à la MSA par virement à la date précisée sur la facture mensuelle.

#### 10.2.2: Intérêts de retard

Tout retard dans le versement des acomptes donnera lieu au versement au moins une fois par an, de pénalités de retard calculées comme suit :

**(Montant qui aurait dû être versé au titre du mois M) X (moyenne mensuelle du dernier taux EONIA connu) X (nombre de jours de retards / 360 jours)**



**Article 11 : La concertation régulière entre les parties et le suivi de la convention**

11.1 Les conditions d'application de la présente convention font l'objet de rencontres régulières entre le Département et la MSA.

Ainsi :

- Un Comité de suivi technique est créé entre le Département, la MSA afin de suivre la bonne mise en œuvre de la convention et ses évolutions éventuelles ;
- Il est organisé, une fois par an, une réunion de présentation et d'information sur le contenu de la présente convention à laquelle assistent tous les responsables de groupe MSA et les services départementaux ;
- Des rencontres régulières sont organisées, selon une périodicité à définir en fonction des besoins des parties, entre le Conseil départemental et la MSA. A celles-ci pourront être associés les différents services concernés du Conseil départemental et de la MSA.

11.2 Toute demande de prestation ou de service supplémentaire, après examen et accord conjoint, fait l'objet d'un avenant à la convention et peut donner lieu à rémunération dont le montant est décidé par les parties.

**Article 12 : Le contenu, la durée et la date d'effet de la convention**

La présente convention prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour une durée de trois ans.

La convention et les avenants se renouvellent par tacite reconduction par périodes successives de trois ans.

**Article 13 : La révision de la convention et de son annexe**

La présente convention peut être adaptée ou modifiée par avenants, en cours de période, à la demande de l'une ou l'autre des parties, notamment pour tenir compte des éléments extérieurs qui mettent en cause substantiellement ou durablement son équilibre.

**Article 14 : Modalités de résiliation**

Les parties conviennent de rechercher une solution amiable à tout différent qui pourrait survenir dans le cadre de la présente convention.

La présente convention peut être résiliée par l'une ou l'autre partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée un an avant l'échéance de la période contractuelle en cours.

Fait à Périgueux en deux exemplaires originaux, le

Pour la MSA de la Dordogne / Lot-et-Garonne,  
le Directeur Général,

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

**Gauthier de GUALY**

**Germinal PEIRO**

## Annexe 1 à la Convention de gestion RSA entre la MSA et le Conseil départemental :

### Liste des documents nécessaires à l'étude d'une demande de RSA ou à son renouvellement\*

- Les étudiants – stagiaires : « le complément d'informations pour les étudiants stagiaires » ;
- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse : « le complément d'informations pour les ressortissants des pays de l'EEE ou suisses » ;
- Les créances alimentaires entre ex-époux et les demandes de dispenses : « le complément d'informations pour les créances alimentaires entre ex-époux » ;
- L'obligation alimentaire : « le complément d'informations pour les créances alimentaires vis-à-vis des ascendants » ;
- Les travailleurs indépendants et les artistes : « le complément d'informations pour le travailleur indépendant » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les travailleurs non-salariés agricoles ou cotisants solidaires : « le complément d'informations pour le non salarié agricole » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les démissions : « le complément d'informations pour les démissions ».

---

\* Cette liste est susceptible d'être modifiée au regard des évolutions législatives.

**COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE**

**RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021**

**DÉLIBÉRATION N° 21.CP.VIII.36**

**Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active (RSA)  
avec la Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne (CAF).**

DATE DE LA CONVOCATION : 06/12/2021

PRÉSIDENT DE SÉANCE : Germinal PEIRO

PRÉSENTS : Régine ANGLARD, Didier BAZINET, Catherine BEZAC-GONTHIER, Christelle BOUCAUD, Pascal BOURDEAU, Francine BOURRA, Dominique BOUSQUET, Carline CAPPELLE, Olivier CHABREYROU, Véronique CHABREYROU, Sylvie CHEVALLIER, Christel DEFOULNY, Stéphane DOBBELS, Corinne DUCROCQ, Marie-Laure FAURE, Isabelle HYVOZ, Cécile LABARTHE, Raphaëlle LAFAYE, Patricia LAFON-GAUTHIER, Fabienne LAGOUBIE, Michel LAJUGIE, Jean-Michel MAGNE, Marie-Lise MARSAT, Serge MERILLOU, Laurent MOSSION, Juliette NEVERS, Alain OLLIVIER, Germinal PEIRO, Jacques RANOUX, Christophe ROUSSEAU, Jean-Michel SAUTREAU, Benoît SECRESTAT, Christian TEILLAC, Marie-Claude VARAILLAS, Mireille VOLPATO

ABSENTS EXCUSÉS AVEC POUVOIR : Thierry CIPIERRE donne pouvoir à Marie-Laure FAURE, Frédéric DELMARES donne pouvoir à Cécile LABARTHE, Claudine FAURE donne pouvoir à Alain OLLIVIER, Stéphane FAYOL donne pouvoir à Isabelle HYVOZ, Bruno LAMONERIE donne pouvoir à Corinne DUCROCQ

ABSENT EXCUSÉ SANS POUVOIR : Jacques AUZOU.

RAPPORTEUR : Mireille VOLPATO

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Pour : 40

Contre : 0

Abstention : 0

Non-participation : 0

Excusés sans pouvoir : 1

COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA DORDOGNE

RÉUNION DU 13 DÉCEMBRE 2021

N° 21.CP.VIII.36

Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active (RSA)  
avec la Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne (CAF).

VU le Code Général des Collectivités Territoriales,

VU la délibération du Conseil départemental n° 21-226 du 1<sup>er</sup> juillet 2021,

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

**LA COMMISSION PERMANENTE, APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ,**

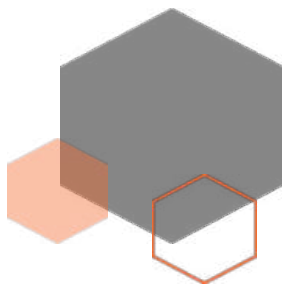
**APPROUVE** la convention ci-annexée à intervenir entre le Département de la Dordogne et la Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne (CAF) sise 50, rue Claude Bernard - 24011 PERIGUEUX Cedex.

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



Pour le Président et par délégation,  
le Vice-président chargé  
de l'administration générale, des finances  
et de la commande publique,

**Bruno LAMONERIE**



# Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active 2021-2023

Entre :

Le Conseil départemental de la Dordogne /  
la Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne



## **Le Revenu de Solidarité Active**

- Lutter contre l'exclusion
- Accompagner le retour à l'emploi
- Améliorer ses ressources

**CONVENTION DE GESTION  
DU REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE**

Entre :

**Le Département de la Dordogne**, représenté par M. Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental, habilité à signer en vertu de la délibération de la Commission Permanente du Conseil départemental n°

Et :

**La Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne**, 50 rue Claude Bernard, 24011 Périgueux cedex, représentée par M. Alain THIBAL-MAZIAT, Président et M. Michel BEYLOT, Directeur, d'autre part,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment ses articles L.262-13, L.262-16, L.262-25, R.262-60 à D.262-64 et R.262-65 et suivants,

Vu la Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion,

Vu le décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 relatif au Revenu de Solidarité Active,

Vu le décret n°2010-961 du 25 août 2010 relatif à l'extension du revenu de solidarité active aux jeunes de moins de vingt-cinq ans,

Vu le décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relatif aux procédures d'orientation, de suspension et de radiation applicables aux bénéficiaires du RSA,

Vu les décrets n° 2017-122 et 123 du 1<sup>er</sup> février 2017 relatifs à la réforme des minimas sociaux,

Vu le décret n° 2017-811 du 05 mai 2017 relatif aux modalités de calcul du Revenu de Solidarité Active et de la Prime d'Activité pour les travailleurs non-salariés,

Vu l'article 87 de la loi des finances modifiant l'article L.262-21 du CASF.

## PRÉAMBULE

La Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 qui généralise le Revenu de Solidarité Active (RSA), et réforme les politiques d'insertion a confié notamment aux départements et aux Caisses d'Allocations Familiales (CAF), et de Mutualité Sociale Agricole (MSA), la charge de recevoir la demande de l'allocataire, de procéder à l'instruction administrative des demandes, d'assurer le calcul et le paiement de l'allocation. Elle garantit ainsi aux bénéficiaires du RSA un interlocuteur privilégié pour l'accès au bénéfice de l'ensemble des prestations et une offre de service de qualité.

Les Caisses d'Allocations Familiales peuvent apporter leur concours au Président du Conseil départemental en matière d'orientation des bénéficiaires du RSA. A cette fin, elles disposent notamment à titre indicatif du référentiel de données mentionnées à l'article **R.262-66** du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En outre, les Caisses d'Allocations Familiales s'appuient sur les référentiels réglementaires internes de la Branche Famille en matière d'instruction et de gestion du droit au RSA.

Le dispositif RSA s'appuie sur un partenariat structuré entre les départements et les CAF.

L'efficacité des politiques de solidarité au service des usagers requiert une relation partenariale renforcée entre les acteurs qui s'incarne dans leur capacité à trouver des solutions pertinentes, efficaces et innovantes dans le respect du cadre légal et réglementaire opposable.

Ce partenariat place l'utilisateur au cœur du dispositif. Dans ce cadre les actions déployées par les 2 partenaires cherchent notamment à simplifier les démarches administratives de l'utilisateur et à lutter contre le non recours ou la méconnaissance de ses droits.

La présente convention fixe les conditions dans lesquelles s'exercent, dans l'intérêt de l'allocataire et des parties à la convention, les relations partenariales entre le Département et la CAF, et traduit une volonté forte de coopération.

**Il est convenu ce qui suit :**

### **Article 1<sup>er</sup> : Un service de qualité à l'allocataire**

1.1 L'offre de service de la branche Famille est définie par une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pluriannuelle, signée par la CNAF et l'Etat. Elle garantit, au travers d'engagements mesurables, la rapidité, la maîtrise et la qualité de l'instruction, de la liquidation des droits et de l'information de l'ensemble de ses allocataires et de ses partenaires. Ce socle de service de la CAF est une référence commune pour les deux parties.

1.2 La CAF assure aux bénéficiaires du RSA un service équivalent à celui qu'elle propose dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion à l'ensemble des



allocataires de la branche Famille.

1.3 La CAF s'engage à appliquer les décisions d'opportunité prises par le Département dans un délai permettant d'offrir un service de qualité. Elle s'engage également à notifier les décisions d'opportunité prises par le Pôle RSA-LCE et le Service du Contentieux de l'Aide Sociale en respectant et reprenant l'ensemble des éléments développés dans ces décisions.

1.4 Conformément à la législation en vigueur (décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012), la CAF informe les bénéficiaires du RSA et le Président du Conseil départemental (par le flux dématérialisé) dès lors qu'une personne entre dans le champ des droits et devoirs, selon le modèle de courrier établi par la DGCS et intégré dans le système d'information CAF. Ce modèle informera des articles **L.262-27 et L.262-28** du Code de l'Action Sociale et des Familles.

1.5 A la demande du Département et après acceptation par la CAF, le socle de services peut faire l'objet d'adaptations figurant dans un avenant à la présente convention.

1.6 Lorsque le Département a en charge l'instruction des demandes, il veille à la qualité et à la rapidité de l'instruction des dossiers qui conditionnent la qualité du service à l'allocataire.

Sauf délégation, le Département se prononce et communique sa décision à la Caisse d'Allocations Familiales dans des délais permettant d'offrir un service de qualité à l'allocataire.

## **Article 2 : L'accompagnement social des familles monoparentales bénéficiaires du RSA ayant un (des) enfant(s) de moins de trois ans ou à naître**

La CAF apporte son concours au Président du Conseil départemental pour la mise en œuvre du dispositif d'orientation du bénéficiaire du RSA en offrant aux familles monoparentales bénéficiaires du RSA avec un (des) enfant(s) de moins de trois ans ou à naître, un service de conseil, de soutien et d'orientation, dans les domaines du logement, de la fonction éducative, de la conciliation entre vie familiale et professionnelle, de la médiation familiale.

## **Article 3 : Les délégations de compétences**

Cet article a pour objectifs de définir pour les deux parties les délégations de compétences en terme de RSA et de garantir l'application des dispositions législatives et des principes dérogatoires décidés par le Président du Conseil départemental tels que prévus dans l'article **L.262-26**.

3.1 Dans le cadre d'une stricte application des dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Président du Conseil départemental accorde à la CAF les délégations suivantes :

- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits RSA, à l'exception des cas devant faire l'objet d'une décision d'opportunité (cf. art. 3.2) ;
- Les décisions relatives à l'ouverture ou la poursuite des droits RSA pour les personnes devant faire valoir leur droit en vertu du principe de subsidiarité.

Dans ce cadre :

- Concernant les créances alimentaires liées : a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212** du Code civil), b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2** du Code civil), c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270** du Code civil), la délégation est donnée à la CAF d'ouvrir ou de poursuivre le droit au RSA pendant 4 mois afin de permettre à l'allocataire de faire valoir ses droits sur ces créances.

A l'issue de ce délai, si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits à créances alimentaires et n'a pas sollicité de dispense, la délégation est donnée à la CAF pour réduire le RSA d'un montant au plus égal à celui de l'Allocation de Soutien Familial (ASF), partielle non majorée ;

- Concernant les autres prestations sociales auxquelles l'allocataire aurait droit, il dispose d'un délai de deux mois auquel s'ajoute un mois supplémentaire pour les faire valoir (**art. R.262-46 à R.262-49** du CASF).

Si ce dernier n'a pas fait valoir ses droits, une suspension est appliquée.

Il est à noter que la CAF n'appliquera pas de neutralisation si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits aux allocations chômage et est dans l'incapacité de suivre l'aboutissement de cette démarche.

Pour l'ensemble des cas qui précèdent, la CAF sert le RSA à titre d'avance.

- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits aux personnes de nationalité étrangère non ressortissantes de l'Union Européenne et d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse qu'elles soient bénéficiaires ou non de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;
- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture ou au renouvellement des droits des autoentrepreneurs, ayant opté ou pas pour le prélèvement libératoire ;
- La mise en paiement de la prestation en application de la réglementation en vigueur ;
- Le versement de l'allocation à un tiers agréé à cet effet ou nommé par décision judiciaire ;

- Le paiement d'acomptes sauf dans les cas où la déclaration trimestrielle de ressources n'est pas retournée dans le délai prévu ;
- Le renouvellement des droits ne faisant pas l'objet d'une décision d'opportunité ;
- L'application des décisions de sanction à la suite des avis issus des équipes pluridisciplinaires pour les cas prévus à l'article **L.262-37** du CASF (défaut de contractualisation, non-respect du contrat, radiation de pôle emploi) ;
- La radiation ou la suspension pour obstruction au contrôle ;

En ce qui concerne les obstructions au contrôle sur place diligenté par la CAF, la caisse transmettra au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental les éléments permettant à l'équipe pluridisciplinaire de rendre son avis (synthèse des démarches effectuées pour rencontrer le bénéficiaire, courriers...) et attendra que l'avis de l'équipe pluridisciplinaire accompagné de la décision d'opportunité prise par le Conseil départemental lui soient retournés pour procéder, le cas échéant, en fonction de la décision prise, à la suspension des versements ;

- Le rejet de la prestation et de sa mise en paiement si les conditions administratives ou financières ne sont pas remplies ;
- La neutralisation des revenus d'activité et autres revenus en cas de fin de perception et absence de revenu de substitution hormis les cas cités de l'article **3.2.** ;

3.2 Situations particulières pour lesquelles la CAF adresse au Pôle RSA-LCE (ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental) des propositions de décision d'opportunité, accompagnées des « compléments d'informations » et de tous les documents nécessaires à l'étude de la demande (listés en annexe 1) :

- Sur réclamation du demandeur, les étudiants ou élèves - stagiaires ayant conclu une convention tripartite entre un établissement scolaire, un employeur et le stagiaire (y compris apprentis juniors), non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes en congé parental, congé sans solde, mise en disponibilité, non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes pouvant prétendre à un avantage vieillesse ou invalidité à taux plein et qui refusent de faire valoir leur droit ;
- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse, bénéficiaires ou pas de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;

- Les créances alimentaires liées : a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212** du Code civil), b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2** du Code civil), c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270** du Code civil). A l'expiration du délai de 4 mois + un mois supplémentaire accordé (**art. R.262-46** à du **R.262-49** CASF) et lorsque l'allocataire sollicite une dispense auprès du Président du Conseil départemental, la CAF interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité ;
- Les droits à prestations sociales : à l'issue du délai des 3 mois après la demande, la CAF interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité accompagnée des compléments d'informations (**art. R.262-49** du CASF) sur réclamation du demandeur ;
- Les demandes de dispense de mise en œuvre du recouvrement de droits personnels (pension alimentaire, créance alimentaire ...) ;
- Les demandeurs soumis à l'obligation de faire valoir leurs droits à créance alimentaire vis-à-vis de leurs parents ;
- Les travailleurs indépendants, les gérants salariés, les cotisants solidaires, les artistes et VDI au régime réel et les artistes non affiliés
- Les travailleurs indépendants souhaitant bénéficier d'un calcul de leurs droits sur la base de leur chiffre d'affaires trimestriel (droit d'option) ;
- Toutes les personnes ayant démissionné de leur emploi (sauf rupture en période d'essai), dans les deux dernières années précédant la date de dépôt de leur demande ou en cours de droit RSA ;
- Les neutralisations des revenus d'activité en cas de démission et de rejet d'indemnisation ;
- En cas d'arrêt de versement de pension alimentaire si pas de possibilité de droit ASF ;
- En cas d'arrêt de versement de la Prestation Partagée d'Education (PreParE) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution ;
- En cas d'arrêt de versement de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution ;
- Les réouvertures de droit faisant suite à suspension ou radiation de moins d'un an pour défaut de contractualisation (Contrat d'Engagements Réciproques ou Projet Personnalisé d'Accompagne-ment à l'Emploi) ;
- Les réouvertures ou reprise de droit faisant suite aux déclarations trimestrielles de

ressources non fournies dans les délais ;

- Les réouvertures de droit faisant suite à une fraude, ou une obstruction au contrôle dans la limite d'une durée de deux ans ;
- Lorsque la dernière décision d'opportunité, datant de moins de deux ans, prise par le Conseil départemental (Pôle RSA-LCE ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale) mentionne que la CAF doit le ré interpellé ;
- Sur toutes les situations nécessitant une régularisation du droit, lorsque l'allocataire n'a pas répondu au terme de 90 jours à une demande de pièces complémentaires, la CAF interroge le Conseil départemental sur la poursuite du droit ;
- En cas de suspicion de fraude telle que définie à l'Article 5.3.1, et selon les modalités prévues audit article.

#### **Article 4 : Modalités de communication et d'information**

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, en particulier le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 sur la protection des données.

Les traitements de données à caractère personnel concernés par la présente convention sont réalisés dans le cadre d'une obligation légale dont les finalités sont l'octroi du RSA, son contrôle, la gestion des recours et contentieux et les conditions financières de son financement.

Chaque partenaire s'engage à traiter les données uniquement pour les seules finalités de cette convention, à minimiser les données collectées, conservées et échangées pour les adapter aux seules finalités de la convention.

Il s'engage à garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de cette convention et à mettre en œuvre les mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir le niveau de sécurité nécessaire à la protection des données (sécurité des échanges, habilitations, sécurité des systèmes d'information).

Chaque partenaire, au moment de la collecte des données, doit fournir aux personnes concernées par les opérations de traitement les informations relatives aux traitements de données réalisés et doit permettre l'exercice de leurs droits.

Chaque partenaire s'engage à effectuer, pour son propre compte, les opérations de conformité légales (nomination d'un délégué à la protection des données, tenue d'un registre de traitements).

#### 4.1. Au Conseil départemental :

4.1.1. Dans le cadre de l'octroi du droit, de son renouvellement et du suivi d'insertion, la CAF fournit au Conseil départemental :

- Des informations nominatives, financières et statistiques émises sous forme de flux par le système d'information national des CAF. Ces données se fondent sur les travaux conduits notamment au sein du Comité de Pilotage sur les Echanges d'Informations (CPEI) ;
- Dans un délai de 5 jours maximum, des informations relatives aux bénéficiaires concernés par le maintien d'un enfant décédé dans le calcul de son RSA ;
- Des informations relatives aux travailleurs non-salariés (travailleurs indépendants et autoentrepreneurs) ;
- Un accès aux informations nominatives concernant les dossiers des bénéficiaires de RSA via le service de « Consultation des Dossiers Allocataires pour les Partenaires » (CDAP). Cet accès fait l'objet d'une convention spécifique.
- L'intégralité des pièces nécessaires à l'instruction des dossiers, conformément à la liste présente en annexe 1 ;
- L'outil « calculette RSA » dans sa version actualisée (sur demande à chaque revalorisation du RSA) ;
- Les procès-verbaux des Commissions de Recours Amiable (CRA), après chaque séance (au Pôle RSA-LCE) ;
- Les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale) ;
- Les notifications d'indus après chaque décision prise par le Conseil départemental (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale).

4.1.2. Dans le cadre du suivi et de la coordination des dispositifs, la CAF :

- Transmet au Département sa Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), à chaque renouvellement et présente, une fois par an son plan de contrôle ;
- Transmet chaque année (au 30 juin) au Département un bilan des contrôles des bénéficiaires du RSA au titre de l'année précédente. Ce bilan comprend une analyse des indus et des rappels par type de cible de contrôle (sur place, sur pièces, échanges automatisés) ;

- Communiquer au Département, une fois par an, un bilan relatif à la Prime d'activité, et à ses actions de lutte contre la pauvreté.

#### 4.2. Notifications aux allocataires :

Les notifications adressées aux allocataires sont générées de manière automatisée par le système d'information national des CAF. Néanmoins, pour certaines d'entre elles (notifications de fraude et certaines notifications de refus), elles peuvent être retraitées manuellement par les agents de la caisse.

- Toutes les notifications fraudes adressées aux allocataires par la CAF doivent comporter les mentions suivantes :
  - Les motifs détaillés de la décision ;
  - Les textes législatifs et /ou réglementaires sur lesquels est assise la décision ;
  - Les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Les notifications manuelles de refus de l'allocation RSA doivent comporter les motifs détaillés du refus, les textes réglementaires ainsi que les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Dans le souci d'inscrire l'utilisateur au cœur du dispositif et de l'informer de ses droits, toutes les notifications adressées aux allocataires par la CAF devront, dès que le système d'information de la caisse le permettra, respecter les conditions de forme suivantes :
  - Mentionner les motifs détaillés de la décision ;
  - Préciser les textes législatifs et / ou réglementaires sur lesquels est assise la décision ;
  - Indiquer clairement et de façon visuelle l'existence d'un premier niveau de recours, à savoir le Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) qui doit être adressé au Président du Conseil départemental ;
  - Permettre à l'allocataire de distinguer aisément les différentes voies et délais de recours qui lui sont offerts, à savoir le RAPO puis le Recours devant le Tribunal Administratif.

#### 4.3. A la CAF :

Dans le cadre du suivi et de coordination des dispositifs, le Conseil départemental :

- Transmet à la CAF, un bilan annuel des contrôles réalisés par le Conseil départemental ;
- Transmet à la CAF, des documents programmatiques relatifs à la lutte contre la pauvreté (PDI, PTI, bilan annuel d'activité) et présente, une fois par an son plan de contrôle annuel ;
- Transmet son Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) ;

- Transmet les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement.

## **Article 5 : Traitement des demandes d'information, recours, fraudes, amendes / pénalités administratives**

Il convient de distinguer les recours (administratifs préalables et contentieux) de la simple demande d'information d'un allocataire concernant le calcul de son droit RSA.

### 5.1. La demande d'information

Les demandes d'information concernant le calcul du droit au RSA sont traitées par la CAF.

Dans ce cadre, elle s'engage à faire parvenir si nécessaire au Pôle RSA-LCE ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale, dans les délais les plus brefs, une copie de la réponse adressée à l'allocataire.

### 5.2. Les recours

Il convient de distinguer les 2 types de recours : le recours administratif préalable obligatoire et le recours contentieux.

#### 5.2.1 Le recours administratif préalable

Ce recours s'entend des contestations du bien-fondé de la décision ou des demandes de remises gracieuses partielles ou totales de l'indu (conformément à l'avis rendu du Conseil d'Etat à une question préalable de Constitutionnalité).

- S'agissant des contestations sur le fond (avec ou sans indu) : la CAF s'engage à transmettre sans délai les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.
- S'agissant des demandes de remise de dettes :
  - Pour tous les indus d'un montant initial supérieur ou égal à 3 fois le montant du RSA fixé pour une personne seule, la CAF s'engage à transmettre les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.
  - Pour les demandes de remises de dettes des bénéficiaires portant sur des indus inférieurs ou équivalents à 3 fois le montant du RSA versé pour une personne seule, ils seront traités par la Commission de Recours Amiable (CRA) de la CAF dans les délais prévus par l'article R.262-89 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (2 mois).

Dans ce cadre, chaque mois, la CAF transmettra au Pôle RSA-LCE les procès-verbaux de la Commission de recours amiable portant sur le RSA, comme prévu à l'article 4.1.1.



Ces recours administratifs préalables seront transférés au Conseil départemental (au Pôle RSA-LCE et/ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale), dès réception et sans aucun délai, accompagnés de la décision contestée (la copie ou la notification de l'indu), de la demande de l'utilisateur et de toutes pièces nécessaires à l'instruction dudit recours.

### 5.2.2 Le recours contentieux

Les recours contentieux s'entendent des contestations faisant suite aux décisions nées des recours administratifs préalables.

S'agissant des décisions déléguées et non déléguées à la CAF par le Conseil départemental, visées aux **articles 3.1 et 3.2** de la présente convention, la CAF transmettra les recours contentieux portant sur le RSA au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental.

Dans les cas où la CRA a apporté la réponse contestée, la transmission de ces recours sera accompagnée de la décision contestée.

Les services du Département feront la demande à la CAF de l'ensemble pièces nécessaires à l'instruction du recours et la CAF s'engage à les transmettre dans leur complétude.

Les suites données à ce recours seront communiquées par les services du Département à la CAF dès lors qu'elles modifieraient la décision initiale ou un droit en cours.

## 5.3. La fraude

### 5.3.1 la prévention : la suspicion de fraude

Dans le cadre de la lutte contre la fraude la CAF et le Conseil départemental se communiquent les cas de suspicion de fraude

#### 5.3.1.1 la suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle CAF :

##### 5.3.1.1.1 Principes

Lorsque les éléments constitutifs de la fraude semblent réunis (intentionnalité, matérialité des faits), le contrôleur CAF ou le gestionnaire conseil prestations est habilité à déclarer qu'il y a suspicion de fraude sans avoir à solliciter un autre avis.

En cas de doute, le principe retenu est d'acter une « suspicion »

##### 5.3.1.1.2 Modalités

- Dans le cas d'un contrôle sur place, la CAF adresse les rapports rédigés par les contrôleurs, accompagnés des éléments utiles à la qualification de la fraude. Ledit rapport doit faire apparaître dans ses conclusions les éléments à charge et à décharge en cas de doute.
- Dans le cas d'un contrôle sur pièces, le gestionnaire conseil CAF adresse une fiche détaillée, reprenant de manière précise et circonstanciée, les éléments constitutifs

l'ayant amené à détecter une suspicion de fraude et les éléments à charge et à décharge en cas de doute.

- Le Conseil départemental se prononce sur les manœuvres frauduleuses et adresse une décision d'opportunité à la CAF accompagnée éventuellement d'une note décisionnelle à l'appui.

5.3.1.2 la suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle du Conseil départemental

Lorsque les services du conseil départemental détectent un cas de fraude à l'occasion d'un de leur contrôle, ils adressent à la CAF leurs conclusions et pièces utiles en pièce jointe à la décision d'opportunité prise par leur Président.

5.3.2 La sanction : Les amendes administratives et pénalités

En cas d'indus RSA frauduleux, une procédure de gestion des amendes ou pénalités pourra être décrite et annexée à la présente convention.

## **Article 6 : Le juste droit et les contrôles**

La politique de maîtrise des risques est déterminée par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), selon une méthodologie et un niveau de réalisation des objectifs annuels qui s'applique à l'ensemble du réseau des CAF. Au-delà de ce socle de base national, de compléments locaux peuvent y être apportés dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques. Ces éventuels contrôles supplémentaires sont facturés par la CAF.

La stratégie de sécurisation des risques sur les données entrantes, initiée par la branche Famille repose sur les principes suivants :

- Sécuriser les données entrantes, en amont du versement, en utilisant la dématérialisation (contrôles de cohérences lors de la télé-procédure RSA) ou la circulation avec les tiers (échanges avec les partenaires du type web service) ;
  - Cibler les sécurisations sur les dossiers et les informations les plus à risques, notamment par l'intermédiaire du datamining ;
  - Déployer suffisamment de contrôles pour garantir leur effet dissuasif.

Le plan national peut, le cas échéant, être complété d'actions établies d'un commun accord entre la CAF et le département sur la base d'une analyse des risques partagée.

Ainsi, les actions de contrôle supplémentaires sont mises en œuvre dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques dont dispose la CAF.

Un bilan annuel des contrôles réalisés sur le RSA est fourni, chaque année à échéance du 30 juin, conjointement par la CAF et le département.

6.1 Le contrôle des bénéficiaires du RSA fait l'objet, chaque année, d'un plan qui prend en compte une analyse des risques au plan national et local, les orientations nationales en matière de maîtrise des risques, permettant de déterminer les cibles et les

objectifs de contrôle que la CAF propose au Département.

6.2. Le plan de contrôle de la CAF comporte :

- Des croisements systématiques de fichiers (selon les périodicités afférentes à chaque production d'informations) avec la Direction Générale des Finances Publiques, l'Agence Service de Paiement, Pôle Emploi, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés. Les informations recueillies seront affectées dès croisement au dossier du bénéficiaire afin de permettre le calcul trimestriel du droit ;
- Des contrôles systématiques de multi-affiliation des bénéficiaires au moyen du répertoire national des bénéficiaires ;
- Des contrôles sur pièces ;
- Des contrôles sur place ;
- Des contrôles guichet ;
- Des contrôles par voie téléphonique.

6.3. La densité des contrôles effectués par la CAF est fixée annuellement sur la base des dispositions du plan national de maîtrise des risques de la Caisse Nationale des Allocations Familiales.

## **Article 7 : Recouvrement des indus et transfert des créances**

7.1. Conformément au principe de fongibilité, l'indu de RSA est récupéré en appliquant un barème de recouvrement sur les mensualités du RSA à échoir ou, à défaut, sur les mensualités des autres prestations à échoir (prestations familiales, aides au logement, allocation aux adultes handicapés). L'extension du principe de fongibilité aux indus qualifiés de frauduleux par le Président du Conseil départemental s'effectue à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.

7.2. Dans le cas où la personne n'est plus bénéficiaire du RSA ni d'aucune autre prestation, la CAF transmet au Président du Conseil départemental, à l'issue d'un délai de 3 mois sans recouvrement, l'état des créances RSA à recouvrer, sauf si un échéancier de remboursement est en cours et respecté.

La liste des indus doit faire apparaître :

- L'identité de l'allocataire (nom, prénom, date de naissance, n° d'allocataire, adresse...);
- L'objet de la prestation (RSA / RSA majoré) ;
- La date d'implantation ;
- La période de l'indu ;
- Le montant initial de l'indu et le solde restant à recouvrer ;
- Le motif détaillé du caractère indu du paiement.

7.3. Pour les indus faisant l'objet d'une qualification de fraude avec dépôt d'une plainte par le Président du Conseil départemental, la CAF transfère dans le mois la créance

détaillée sur la période retenue par le Conseil départemental, accompagnée de la notification envoyée à l'allocataire et des déclarations trimestrielles de ressource initialement transmises par l'allocataire.

7.4. Les indus de RSA intégrés dans un plan de surendettement seront traités de la façon suivante :

- Indus non frauduleux : la décision Banque de France est appliquée par la CAF ;
- Indus frauduleux : la CAF transmet la copie du plan de surendettement au Pôle RSA-LCE. Si le Conseil départemental décide de contester le plan de surendettement, la CAF procédera à la cession de la créance concernée par la contestation.

### **Article 8 : les outils informatiques**

Le système d'information relatif au traitement des prestations légales est mis en œuvre de manière homogène sur l'ensemble de son réseau par la CNAF, qui en a la responsabilité exclusive. Toute demande d'évolution doit être soumise à la CNAF selon les procédures en vigueur.

Le calcul et le paiement du RSA sont assurés par la CAF au moyen de son système d'information national.

### **Article 9 : Le coût de gestion du RSA**

L'instruction et le versement du RSA, conformément au socle de base défini à l'article 1<sup>er</sup>, est assuré pour le compte du Département à titre gracieux par la CAF. Le coût est défini nationalement par l'observatoire national des charges.

### **Article 10 : Dispositions comptables et financières**

10.1 : Traitement comptable

10.1.1 : Demande d'acompte mensuel

La CAF transmet chaque mois, conformément aux articles **L. 262-25 II et D. 262-61** du CASF, une demande d'acompte au département, qui récapitule l'ensemble des opérations constatées le mois précédent sur les droits au RSA socle, socle majoré, local (si applicable) des allocataires.

Conformément à l'article **L. 262-25-II** du CASF, cette demande ventile les opérations par nature de prestation et par type d'opérations comptables. Parallèlement à ce document papier de synthèse, un flux financier dématérialisé (Xml) est adressé au département. Il justifie chacune des opérations nominativement, bénéficiaires par bénéficiaires.

### 10.1.2 : Régularisation annuelle

Au mois de décembre de chaque année, il est procédé à une régularisation annuelle qui consiste à traiter l'écart qui peut exister entre :

- la somme des douze acomptes mensuels issus de l'applicatif de gestion Cristal appelés auprès du département de janvier à décembre N ;
- et les opérations constatées dans l'applicatif comptable Magic sur la période de décembre N-1 à novembre N.

Cette régularisation fait l'objet d'une facture, adressée par la CAF au département au mois de décembre de chaque année.

### 10.2 : Traitement financier

Le principe d'une stricte neutralité financière des flux financiers est réaffirmé. Les flux financiers prévus au présent article sont financièrement neutres pour la CAF, conformément au 4° du I. de l'article **L. 262-25** du CASF.

#### 10.2.1 : Remboursement de la demande d'acompte par le département

La demande d'acompte mensuelle du mois M doit être réglée par le département à la CAF par virement à la date précisée sur la facture mensuelle.

##### 10.2.2.1 : Intérêts financiers

Les intérêts financiers sont calculés une fois l'an, par application du taux Acoss connu en N+1 aux soldes de trésorerie quotidiens hors retard de l'année N.

Il s'agit du taux défini par l'article **R 255-6** du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit la fixation annuelle d'un taux unique de calcul des intérêts appliqué au solde de trésorerie du compte courant de chaque caisse nationale tenu par l'Acoss.

Ce taux annuel est fixé par arrêté en février/mars N+1 et la CNAF en informera les CAF quand elle en aura connaissance.

En cas d'intérêts négatifs, comme il n'y a pas de coût financier supporté par la branche, il n'y a pas lieu d'établir une facture au Conseil départemental.

Dans le fichier de suivi, les intérêts financiers sont calculés pour chaque jour à compter de la date de signature de la convention avec un récapitulatif mensuel et un total annuel.

La première facturation au Conseil départemental interviendra en début d'année N+1, ils sont calculés comme suit :

**(Montant écart de trésorerie quotidien) X (taux annuel EONIA connu, taux Acoss) / 365jours**

##### 10.2.2.2 : Intérêts de retard

Tout retard dans le versement des acomptes donnera lieu au versement au moins une fois par an, de pénalités de retard calculées comme suit :

**(Montant qui aurait dû être versé au titre du mois M) X (moyenne mensuelle du dernier taux EONIA connu majoré de 1%) X (nombre de jours de retards / 360 jours)**

#### 10.2.3 : Ajustement de trésorerie

Il existe un décalage d'un mois entre les décaissements opérés par la CAF pour payer les allocataires (5 du mois M) et les remboursements reçus du département (5 du mois M+1).

En application du principe de neutralité financière posé dans l'article L. 262.25-I- 4° du CASF, le dispositif RSA ne doit pas peser sur la trésorerie de la CAF. En conséquence, il a donc été demandé une avance de trésorerie lors de la mise en place du RSA (**2 836 391,13 €**). L'avance de trésorerie d'un mois de dépense demandée au département lors de la convention initiale fait l'objet d'intérêts financiers (article 10.2.2.1) pour tenir compte de l'évolution des dépenses de RSA. Pour un mois donné, l'écart de trésorerie est déterminé par la différence entre le dernier décaissement connu en CAF et le montant de l'avance disponible ce même mois.

### **Article 11 : La concertation régulière entre les parties et le suivi de la convention**

11.1 Les conditions d'application de la présente convention font l'objet de rencontres régulières entre le Département et la CAF.

Ainsi :

- Un Comité de suivi technique est créé entre le Département, la CAF afin de suivre la bonne mise en œuvre de la convention et ses évolutions éventuelles ;
- Il est organisé, une fois par an, une réunion de présentation et d'information sur le contenu de la présente convention à laquelle assistent tous les responsables de groupe CAF et les services départementaux ;
- Des rencontres régulières sont organisées, selon une périodicité à définir en fonction des besoins des parties, entre le Conseil départemental et la CAF. A celles-ci pourront être associés les différents services concernés du Conseil départemental et de la CAF.

11.2 Toute demande de prestation ou de service supplémentaire, après examen et accord conjoint, fait l'objet d'un avenant à la convention et peut donner lieu à rémunération dont le montant est décidé par les parties.

### **Article 12 : Le contenu, la durée et la date d'effet de la convention**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les deux parties pour une

durée de trois ans.

La convention et les avenants se renouvellent par tacite reconduction par périodes successives de trois ans.

### **Article 13 : La révision de la convention et de son annexe**

La présente convention peut être adaptée ou modifiée par avenants, en cours de période, à la demande de l'une ou l'autre des parties, notamment pour tenir compte des éléments extérieurs qui mettent en cause substantiellement ou durablement son équilibre.

### **Article 14 : Modalités de résiliation**

Les parties conviennent de rechercher une solution amiable à tout différent qui pourrait survenir dans le cadre de la présente convention.

La présente convention peut être résiliée par l'une ou l'autre partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée un an avant l'échéance de la période contractuelle en cours.

Fait à Périgueux en deux exemplaires originaux, le

Pour la CAF de la Dordogne,  
le Président,

Pour la CAF de la Dordogne,  
le Directeur,

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

**Alain THIBAL-MAZIAT**

**Michel BEYLOT**

**Germinal PEIRO**

## Annexe 1 à la Convention de gestion RSA entre la CAF et le Conseil départemental :

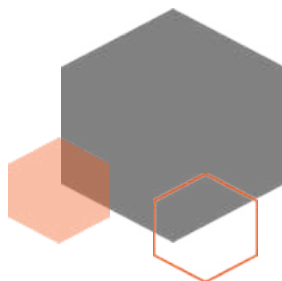
### *Liste des documents nécessaires à l'étude d'une demande de RSA ou à son renouvellement\**

- Les étudiants – stagiaires : « le complément d'informations pour les étudiants stagiaires » ;
- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse : « le complément d'informations pour les ressortissants des pays de l'EEE ou suisses » ;
- Les créances alimentaires entre ex-époux et les demandes de dispenses: « le complément d'informations pour les créances alimentaires entre ex-époux » ;
- L'obligation alimentaire : « le complément d'informations pour les créances alimentaires vis-à-vis des ascendants » ;
- Les travailleurs indépendants et les artistes : « le complément d'informations pour le travailleur indépendant » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les travailleurs non-salariés agricoles ou cotisants solidaires : « le complément d'informations pour le non-salarié agricole » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les démissions : « le complément d'informations pour les démissions ».

---

\* Cette liste est susceptible d'être modifiée au regard des évolutions législatives.





Annexe à la délibération n° 21.CP.VIII.36 du 13 décembre 2021.

# Convention de gestion du Revenu de Solidarité Active 2021-2023

Entre :

Le Conseil départemental de la Dordogne /  
la Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne



## **Le Revenu de Solidarité Active**

- Lutter contre l'exclusion
- Accompagner le retour à l'emploi
- Améliorer ses ressources

**CONVENTION DE GESTION  
DU REVENU DE SOLIDARITE ACTIVE**

Entre :

**Le Département de la Dordogne** sis Hôtel du Département, 2 rue Paul Louis Courier - CS 11200 - PERIGUEUX Cedex, (SIRET : n° 222 400 012 00019) représenté par M. Germinal PEIRO, Président du Conseil départemental, habilité à signer et exécuter en vertu de la délibération de la Commission Permanente du Conseil départemental n°

Et :

**La Caisse d'Allocations Familiales de la Dordogne** sise 50, rue Claude Bernard - 24011 PERIGUEUX Cedex, représentée par M. Alain THIBAL-MAZIAT, Président et M. Michel BEYLOT, Directeur, d'autre part,

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment ses articles L.262-13, L.262-16, L.262-25, R.262-60 à D.262-64 et R.262-65 et suivants,

VU la Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le Revenu de Solidarité Active et réformant les politiques d'insertion,

VU le décret n° 2009-404 du 15 avril 2009 relatif au Revenu de Solidarité Active,

VU le décret n°2010-961 du 25 août 2010 relatif à l'extension du revenu de solidarité active aux jeunes de moins de vingt-cinq ans,

VU le décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012 relatif aux procédures d'orientation, de suspension et de radiation applicables aux bénéficiaires du RSA,

VU les décrets n° 2017-122 et 123 du 1<sup>er</sup> février 2017 relatifs à la réforme des minimas sociaux,

VU le décret n° 2017-811 du 05 mai 2017 relatif aux modalités de calcul du Revenu de Solidarité Active et de la Prime d'Activité pour les travailleurs non-salariés,

VU l'article 87 de la loi des finances modifiant l'article L.262-21 du CASF.

## PRÉAMBULE

La Loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 qui généralise le Revenu de Solidarité Active (RSA), et réforme les politiques d'insertion a confié notamment aux départements et aux Caisses d'Allocations Familiales (CAF), et de Mutualité Sociale Agricole (MSA), la charge de recevoir la demande de l'allocataire, de procéder à l'instruction administrative des demandes, d'assurer le calcul et le paiement de l'allocation. Elle garantit ainsi aux bénéficiaires du RSA un interlocuteur privilégié pour l'accès au bénéfice de l'ensemble des prestations et une offre de service de qualité.

Les Caisses d'Allocations Familiales peuvent apporter leur concours au Président du Conseil départemental en matière d'orientation des bénéficiaires du RSA. A cette fin, elles disposent notamment à titre indicatif du référentiel de données mentionnées à l'article **R.262-66** du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

En outre, les Caisses d'Allocations Familiales s'appuient sur les référentiels réglementaires internes de la Branche Famille en matière d'instruction et de gestion du droit au RSA.

Le dispositif RSA s'appuie sur un partenariat structuré entre les départements et les CAF.

L'efficacité des politiques de solidarité au service des usagers requiert une relation partenariale renforcée entre les acteurs qui s'incarne dans leur capacité à trouver des solutions pertinentes, efficaces et innovantes dans le respect du cadre légal et réglementaire opposable.

Ce partenariat place l'utilisateur au cœur du dispositif. Dans ce cadre les actions déployées par les 2 partenaires cherchent notamment à simplifier les démarches administratives de l'utilisateur et à lutter contre le non recours ou la méconnaissance de ses droits.

La présente convention fixe les conditions dans lesquelles s'exercent, dans l'intérêt de l'allocataire et des parties à la convention, les relations partenariales entre le Département et la CAF, et traduit une volonté forte de coopération.

**Il est convenu ce qui suit :**

### **Article 1<sup>er</sup> : Un service de qualité à l'allocataire**

1.1 L'offre de service de la branche Famille est définie par une Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) pluriannuelle, signée par la CNAF et l'Etat. Elle garantit, au travers d'engagements mesurables, la rapidité, la maîtrise et la qualité de l'instruction, de la liquidation des droits et de l'information de l'ensemble de ses allocataires et de ses partenaires. Ce socle de service de la CAF est une référence commune pour les deux parties.

1.2 La CAF assure aux bénéficiaires du RSA un service équivalent à celui qu'elle propose dans le cadre de la Convention d'Objectifs et de Gestion à l'ensemble des allocataires de la branche Famille.

1.3 La CAF s'engage à appliquer les décisions d'opportunité prises par le Département dans un délai permettant d'offrir un service de qualité. Elle s'engage également à notifier les décisions d'opportunité prises par le Pôle RSA-LCE et le Service du Contentieux de l'Aide Sociale en respectant et reprenant l'ensemble des éléments développés dans ces décisions.

1.4 Conformément à la législation en vigueur (décret n° 2012-294 du 1<sup>er</sup> mars 2012), la CAF informe les bénéficiaires du RSA et le Président du Conseil départemental (par le flux dématérialisé) dès lors qu'une personne entre dans le champ des droits et devoirs, selon le modèle de courrier établi par la DGCS et intégré dans le système d'information CAF. Ce modèle informera des articles **L.262-27 et L.262-28** du Code de l'Action Sociale et des Familles.

1.5 A la demande du Département et après acceptation par la CAF, le socle de services peut faire l'objet d'adaptations figurant dans un avenant à la présente convention.

1.6 Lorsque le Département a en charge l'instruction des demandes, il veille à la qualité et à la rapidité de l'instruction des dossiers qui conditionnent la qualité du service à l'allocataire.

Sauf délégation, le Département se prononce et communique sa décision à la Caisse d'Allocations Familiales dans des délais permettant d'offrir un service de qualité à l'allocataire.

## **Article 2 : L'accompagnement social des familles monoparentales bénéficiaires du RSA ayant un (des) enfant(s) de moins de trois ans ou à naître**

La CAF apporte son concours au Président du Conseil départemental pour la mise en œuvre du dispositif d'orientation du bénéficiaire du RSA en offrant aux familles monoparentales bénéficiaires du RSA avec un (des) enfant(s) de moins de trois ans ou à naître, un service de conseil, de soutien et d'orientation, dans les domaines du logement, de la fonction éducative, de la conciliation entre vie familiale et professionnelle, de la médiation familiale.

## **Article 3 : Les délégations de compétences**

Cet article a pour objectifs de définir pour les deux parties les délégations de compétences en terme de RSA et de garantir l'application des dispositions législatives et des principes dérogatoires décidés par le Président du Conseil départemental tels que prévus dans l'article **L.262-26**.

3.1 Dans le cadre d'une stricte application des dispositions prévues dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Président du Conseil départemental accorde à la CAF les délégations suivantes :

- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits RSA, à l'exception des cas devant faire l'objet d'une décision d'opportunité (cf. art. 3.2) ;
- Les décisions relatives à l'ouverture ou la poursuite des droits RSA pour les personnes devant faire valoir leur droit en vertu du principe de subsidiarité.

Dans ce cadre :

- Concernant les créances alimentaires liées : a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212** du Code civil), b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2** du Code civil), c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270** du Code civil), la délégation est donnée à la CAF d'ouvrir ou de poursuivre le droit au RSA pendant 4 mois afin de permettre à l'allocataire de faire valoir ses droits sur ces créances.

A l'issue de ce délai, si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits à créances alimentaires et n'a pas sollicité de dispense, la délégation est donnée à la CAF pour réduire le RSA d'un montant au plus égal à celui de l'Allocation de Soutien Familial (ASF), partielle non majorée ;

- Concernant les autres prestations sociales auxquelles l'allocataire aurait droit, il dispose d'un délai de deux mois auquel s'ajoute un mois supplémentaire pour les faire valoir (**art. R.262-46 à R.262-49** du CASF).

Si ce dernier n'a pas fait valoir ses droits, une suspension est appliquée.

Il est à noter que la CAF n'appliquera pas de neutralisation si l'allocataire n'a pas fait valoir ses droits aux allocations chômage et est dans l'incapacité de suivre l'aboutissement de cette démarche.

Pour l'ensemble des cas qui précèdent, la CAF sert le RSA à titre d'avance.

- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture des droits aux personnes de nationalité étrangère non ressortissantes de l'Union Européenne et d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse qu'elles soient bénéficiaires ou non de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;
- L'instruction et la décision relatives à l'ouverture ou au renouvellement des droits des autoentrepreneurs, ayant opté ou pas pour le prélèvement libératoire ;

- La mise en paiement de la prestation en application de la réglementation en vigueur ;
- Le versement de l'allocation à un tiers agréé à cet effet ou nommé par décision judiciaire ;
- Le paiement d'acomptes sauf dans les cas où la déclaration trimestrielle de ressources n'est pas retournée dans le délai prévu ;
- Le renouvellement des droits ne faisant pas l'objet d'une décision d'opportunité ;
- L'application des décisions de sanction à la suite des avis issus des équipes pluridisciplinaires pour les cas prévus à l'article **L.262-37** du CASF (défaut de contractualisation, non-respect du contrat, radiation de pôle emploi) ;
- La radiation ou la suspension pour obstruction au contrôle ;

En ce qui concerne les obstructions au contrôle sur place diligenté par la CAF, la caisse transmettra au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental les éléments permettant à l'équipe pluridisciplinaire de rendre son avis (synthèse des démarches effectuées pour rencontrer le bénéficiaire, courriers...) et attendra que l'avis de l'équipe pluridisciplinaire accompagné de la décision d'opportunité prise par le Conseil départemental lui soient retournés pour procéder, le cas échéant, en fonction de la décision prise, à la suspension des versements ;

- Le rejet de la prestation et de sa mise en paiement si les conditions administratives ou financières ne sont pas remplies ;
- La neutralisation des revenus d'activité et autres revenus en cas de fin de perception et absence de revenu de substitution hormis les cas cités de l'article **3.2.** ;

3.2 Situations particulières pour lesquelles la CAF adresse au Pôle RSA-LCE (ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental) des propositions de décision d'opportunité, accompagnées des « compléments d'informations » et de tous les documents nécessaires à l'étude de la demande (listés en annexe 1) :

- Sur réclamation du demandeur, les étudiants ou élèves - stagiaires ayant conclu une convention tripartite entre un établissement scolaire, un employeur et le stagiaire (y compris apprentis juniors), non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes en congé parental, congé sans solde, mise en disponibilité, non bénéficiaires d'un RSA majoré pour isolement ;
- Sur réclamation du demandeur, les personnes pouvant prétendre à un avantage vieillesse ou invalidité à taux plein et qui refusent de faire valoir leur droit ;

- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse, bénéficiaires ou pas de prestations familiales avant le dépôt de leur demande de RSA ;
- Les créances alimentaires liées : a) au devoir de secours mutuel entre époux (**art. 212** du Code civil), b) au devoir de contribution aux charges d'entretien et d'éducation sous forme de pension alimentaire en cas de séparation des parents (**art. 203 et 371-2** du Code civil), c) à la prestation compensatoire versée le cas échéant en cas de divorce (**art. 270** du Code civil). A l'expiration du délai de 4 mois + un mois supplémentaire accordé (**art. R.262-46** à du **R.262-49** CASF) et lorsque l'allocataire sollicite une dispense auprès du Président du Conseil départemental, la CAF interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité ;
- Les droits à prestations sociales : à l'issue du délai des 3 mois après la demande, la CAF interpelle le Pôle RSA-LCE à l'aide d'une proposition de décision d'opportunité accompagnée des compléments d'informations (**art. R.262-49** du CASF) sur réclamation du demandeur ;
- Les demandes de dispense de mise en œuvre du recouvrement de droits personnels (pension alimentaire, créance alimentaire ...) ;
- Les demandeurs soumis à l'obligation de faire valoir leurs droits à créance alimentaire vis-à-vis de leurs parents ;
- Les travailleurs indépendants, les gérants salariés, les cotisants solidaires, les artistes et VDI au régime réel et les artistes non affiliés
- Les travailleurs indépendants souhaitant bénéficier d'un calcul de leurs droits sur la base de leur chiffre d'affaires trimestriel (droit d'option) ;
- Toutes les personnes ayant démissionné de leur emploi (sauf rupture en période d'essai), dans les deux dernières années précédant la date de dépôt de leur demande ou en cours de droit RSA ;
- Les neutralisations des revenus d'activité en cas de démission et de rejet d'indemnisation ;
- En cas d'arrêt de versement de pension alimentaire si pas de possibilité de droit ASF ;
- En cas d'arrêt de versement de la Prestation Partagée d'Education (PreParE) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution ;
- En cas d'arrêt de versement de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) si le demandeur est en situation d'inactivité et sans revenu de substitution ;

- Les réouvertures de droit faisant suite à suspension ou radiation de moins d'un an pour défaut de contractualisation (Contrat d'Engagements Réciproques ou Projet Personnalisé d'Accompagnement à l'Emploi) ;
- Les réouvertures ou reprise de droit faisant suite aux déclarations trimestrielles de ressources non fournies dans les délais ;
- Lorsque la dernière décision d'opportunité, datant de moins de deux ans, prise par le Conseil départemental (Pôle RSA-LCE ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale) mentionne que la CAF doit le ré interpellé ;
- Sur toutes les situations nécessitant une régularisation du droit, lorsque l'allocataire n'a pas répondu au terme de 90 jours à une demande de pièces complémentaires, la CAF interroge le Conseil départemental sur la poursuite du droit ;
- En cas de suspicion de fraude telle que définie à l'Article 5.3.1, et selon les modalités prévues audit article.

#### **Article 4 : Modalités de communication et d'information**

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, en particulier le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 sur la protection des données.

Les traitements de données à caractère personnel concernés par la présente convention sont réalisés dans le cadre d'une obligation légale dont les finalités sont l'octroi du RSA, son contrôle, la gestion des recours et contentieux et les conditions financières de son financement.

Chaque partenaire s'engage à traiter les données uniquement pour les seules finalités de cette convention, à minimiser les données collectées, conservées et échangées pour les adapter aux seules finalités de la convention.

Il s'engage à garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de cette convention et à mettre en œuvre les mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir le niveau de sécurité nécessaire à la protection des données (sécurité des échanges, habilitations, sécurité des systèmes d'information).

Chaque partenaire, au moment de la collecte des données, doit fournir aux personnes concernées par les opérations de traitement les informations relatives aux traitements de données réalisés et doit permettre l'exercice de leurs droits.



Chaque partenaire s'engage à effectuer, pour son propre compte, les opérations de conformité légales (nomination d'un délégué à la protection des données, tenue d'un registre de traitements).

#### 4.1. **Au Conseil départemental :**

4.1.1. Dans le cadre de l'octroi du droit, de son renouvellement et du suivi d'insertion, la CAF fournit au Conseil départemental :

- Des informations nominatives, financières et statistiques émises sous forme de flux par le système d'information national des CAF. Ces données se fondent sur les travaux conduits notamment au sein du Comité de Pilotage sur les Echanges d'Informations (CPEI) ;
- Dans un délai de 5 jours maximum, des informations relatives aux bénéficiaires concernés par le maintien d'un enfant décédé dans le calcul de son RSA ;
- Des informations relatives aux travailleurs non-salariés (travailleurs indépendants et autoentrepreneurs) ;
- Un accès aux informations nominatives concernant les dossiers des bénéficiaires de RSA via le service de « Consultation des Dossiers Allocataires pour les Partenaires » (CDAP). Cet accès fait l'objet d'une convention spécifique.
- L'intégralité des pièces nécessaires à l'instruction des dossiers, conformément à la liste présente en annexe 1 ;
- L'outil « calculette RSA » dans sa version actualisée (sur demande à chaque revalorisation du RSA) ;
- Les procès-verbaux des Commissions de Recours Amiable (CRA), après chaque séance (au Pôle RSA-LCE) ;
- Les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale) ;
- Les notifications d'indus après chaque décision prise par le Conseil départemental (au Service du Contentieux de l'Aide Sociale).

4.1.2. Dans le cadre du suivi et de la coordination des dispositifs, la CAF :

- Transmet au Département sa Convention d'Objectifs et de Gestion (COG), à chaque renouvellement et présente, une fois par an son plan de contrôle ;

- Transmet chaque année (au 30 juin) au Département un bilan des contrôles des bénéficiaires du RSA au titre de l'année précédente. Ce bilan comprend une analyse des indus et des rappels par type de cible de contrôle (sur place, sur pièces, échanges automatisés) ;
- Communique au Département, une fois par an, un bilan relatif à la Prime d'activité, et à ses actions de lutte contre la pauvreté.

#### 4.2. Notifications aux allocataires :

Les notifications adressées aux allocataires sont générées de manière automatisée par le système d'information national des CAF. Néanmoins, pour certaines d'entre elles (notifications de fraude et certaines notifications de refus), elles peuvent être retraitées manuellement par les agents de la caisse.

- Toutes les notifications fraudes adressées aux allocataires par la CAF doivent comporter les mentions suivantes :
  - Les motifs détaillés de la décision ;
  - Les textes législatifs et /ou règlementaires sur lesquels est assise la décision ;
  - Les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Les notifications manuelles de refus de l'allocation RSA doivent comporter les motifs détaillés du refus, les textes réglementaires ainsi que les délais et voies de recours ouverts à l'allocataire.
- Dans le souci d'inscrire l'utilisateur au cœur du dispositif et de l'informer de ses droits, toutes les notifications adressées aux allocataires par la CAF devront, dès que le système d'information de la caisse le permettra, respecter les conditions de forme suivantes :
  - Mentionner les motifs détaillés de la décision ;
  - Préciser les textes législatifs et / ou règlementaires sur lesquels est assise la décision ;
  - Indiquer clairement et de façon visuelle l'existence d'un premier niveau de recours, à savoir le Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) qui doit être adressé au Président du Conseil départemental ;
  - Permettre à l'allocataire de distinguer aisément les différentes voies et délais de recours qui lui sont offerts, à savoir le RAPO puis le Recours devant le Tribunal Administratif.

#### 4.3. A la CAF :

Dans le cadre du suivi et de coordination des dispositifs, le Conseil départemental :

- Transmet à la CAF, un bilan annuel des contrôles réalisés par le Conseil départemental ;

- Transmet à la CAF, des documents programmatiques relatifs à la lutte contre la pauvreté (PDI, PTI, bilan annuel d'activité) et présente, une fois par an son plan de contrôle annuel ;
- Transmet son Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) ;
- Transmet les contrôles lancés sur une année glissante, mensuellement.

## **Article 5 : Traitement des demandes d'information, recours, fraudes, amendes / pénalités administratives**

Il convient de distinguer les recours (administratifs préalables et contentieux) de la simple demande d'information d'un allocataire concernant le calcul de son droit RSA.

### 5.1. La demande d'information

Les demandes d'information concernant le calcul du droit au RSA sont traitées par la CAF.

Dans ce cadre, elle s'engage à faire parvenir si nécessaire au Pôle RSA-LCE ou au Service du Contentieux de l'Aide Sociale, dans les délais les plus brefs, une copie de la réponse adressée à l'allocataire.

### 5.2. Les recours

Il convient de distinguer les 2 types de recours : le recours administratif préalable obligatoire et le recours contentieux.

#### 5.2.1 Le recours administratif préalable

Ce recours s'entend des contestations du bien-fondé de la décision ou des demandes de remises gracieuses partielles ou totales de l'indu (conformément à l'avis rendu du Conseil d'Etat à une question préalable de Constitutionnalité).

- S'agissant des contestations sur le fond (avec ou sans indu) : la CAF s'engage à transmettre sans délai les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.
- S'agissant des demandes de remise de dettes :
  - Pour tous les indus d'un montant initial supérieur ou égal à 3 fois le montant du RSA fixé pour une personne seule, la CAF s'engage à transmettre les recours administratifs préalables relatifs au RSA qui seront traités par le Conseil départemental.

- Pour les demandes de remises de dettes des bénéficiaires portant sur des indus inférieurs ou équivalents à 3 fois le montant du RSA versé pour une personne seule, ils seront traités par la Commission de Recours Amiable (CRA) de la CAF dans les délais prévus par l'article R.262-89 alinéa 2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (2 mois).

Dans ce cadre, chaque mois, la CAF transmettra au Pôle RSA-LCE les procès-verbaux de la Commission de recours amiable portant sur le RSA, comme prévu à l'article 4.1.1.

Ces recours administratifs préalables seront transférés au Conseil départemental (au Pôle RSA-LCE et/ou Service du Contentieux de l'Aide Sociale), dès réception et sans aucun délai, accompagnés de la décision contestée (la copie ou la notification de l'indu), de la demande de l'utilisateur et de toutes pièces nécessaires à l'instruction dudit recours.

### 5.2.2 Le recours contentieux

Les recours contentieux s'entendent des contestations faisant suite aux décisions nées des recours administratifs préalables.

S'agissant des décisions déléguées et non déléguées à la CAF par le Conseil départemental, visées aux **articles 3.1 et 3.2** de la présente convention, la CAF transmettra les recours contentieux portant sur le RSA au Service du Contentieux de l'Aide Sociale du Conseil départemental.

Dans les cas où la CRA a apporté la réponse contestée, la transmission de ces recours sera accompagnée de la décision contestée.

Les services du Département feront la demande à la CAF de l'ensemble pièces nécessaires à l'instruction du recours et la CAF s'engage à les transmettre dans leur complétude.

Les suites données à ce recours seront communiquées par les services du Département à la CAF dès lors qu'elles modifieraient la décision initiale ou un droit en cours.

### 5.3. La fraude

#### 5.3.1 la prévention : la suspicion de fraude

Dans le cadre de la lutte contre la fraude la CAF et le Conseil départemental se communiquent les cas de suspicion de fraude

##### 5.3.1.1 la suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle CAF :

###### 5.3.1.1.1 Principes

Lorsque les éléments constitutifs de la fraude semblent réunis (intentionnalité, matérialité des faits), le contrôleur CAF ou le gestionnaire conseil prestations est habilité à déclarer qu'il y a suspicion de fraude sans avoir à solliciter un autre avis.

En cas de doute, le principe retenu est d'acter une « suspicion »

#### 5.3.1.1.2 Modalités

- Dans le cas d'un contrôle sur place, la CAF adresse les rapports rédigés par les contrôleurs, accompagnés des éléments utiles à la qualification de la fraude.

Ledit rapport doit faire apparaître dans ses conclusions les éléments à charge et à décharge en cas de doute.

- Dans le cas d'un contrôle sur pièces, le gestionnaire conseil CAF adresse une fiche détaillée, reprenant de manière précise et circonstanciée, les éléments constitutifs l'ayant amené à détecter une suspicion de fraude et les éléments à charge et à décharge en cas de doute.
- Le Conseil départemental se prononce sur les manœuvres frauduleuses et adresse une décision d'opportunité à la CAF accompagnée éventuellement d'une note décisionnelle à l'appui.

#### 5.3.1.2 la suspicion de fraude détectée lors d'un contrôle du Conseil départemental

Lorsque les services du conseil départemental détectent un cas de fraude à l'occasion d'un de leur contrôle, ils adressent à la CAF leurs conclusions et pièces utiles en pièce jointe à la décision d'opportunité prise par leur Président.

#### 5.3.2 La sanction : Les amendes administratives et pénalités

En cas d'indus RSA frauduleux, une procédure de gestion des amendes ou pénalités pourra être décrite et annexée à la présente convention.

### **Article 6 : Le juste droit et les contrôles**

La politique de maîtrise des risques est déterminée par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF), selon une méthodologie et un niveau de réalisation des objectifs annuels qui s'applique à l'ensemble du réseau des CAF. Au-delà de ce socle de base national, des compléments locaux peuvent y être apportés dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques. Ces éventuels contrôles supplémentaires sont facturés par la CAF.

La stratégie de sécurisation des risques sur les données entrantes, initiée par la branche Famille repose sur les principes suivants :

- Sécuriser les données entrantes, en amont du versement, en utilisant la dématérialisation (contrôles de cohérences lors de la télé-procédure RSA) ou la circulation avec les tiers (échanges avec les partenaires du type web service) ;
  - Cibler les sécurisations sur les dossiers et les informations les plus à risques,

- notamment par l'intermédiaire du datamining ;
- Déployer suffisamment de contrôles pour garantir leur effet dissuasif.

Le plan national peut, le cas échéant, être complété d'actions établies d'un commun accord entre la CAF et le département sur la base d'une analyse des risques partagée.

Ainsi, les actions de contrôle supplémentaires sont mises en œuvre dans la limite des moyens humains, juridiques et techniques dont dispose la CAF.

Un bilan annuel des contrôles réalisés sur le RSA est fourni, chaque année à échéance du 30 juin, conjointement par la CAF et le département.

6.1 Le contrôle des bénéficiaires du RSA fait l'objet, chaque année, d'un plan qui prend en compte une analyse des risques au plan national et local, les orientations nationales en matière de maîtrise des risques, permettant de déterminer les cibles et les objectifs de contrôle que la CAF propose au Département.

6.2. Le plan de contrôle de la CAF comporte :

- Des croisements systématiques de fichiers (selon les périodicités afférentes à chaque production d'informations) avec la Direction Générale des Finances Publiques, l'Agence Service de Paiement, Pôle Emploi, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés. Les informations recueillies seront affectées dès croisement au dossier du bénéficiaire afin de permettre le calcul trimestriel du droit ;
- Des contrôles systématiques de multi-affiliation des bénéficiaires au moyen du répertoire national des bénéficiaires ;
- Des contrôles sur pièces ;
- Des contrôles sur place ;
- Des contrôles guichet ;
- Des contrôles par voie téléphonique.

6.3. La densité des contrôles effectués par la CAF est fixée annuellement sur la base des dispositions du plan national de maîtrise des risques de la Caisse Nationale des Allocations Familiales.

## **Article 7 : Recouvrement des indus et transfert des créances**

7.1. Conformément au principe de fongibilité, l'indu de RSA est récupéré en appliquant un barème de recouvrement sur les mensualités du RSA à échoir ou, à défaut, sur les mensualités des autres prestations à échoir (prestations familiales, aides au logement, allocation aux adultes handicapés). L'extension du principe de fongibilité aux indus qualifiés de frauduleux par le Président du Conseil départemental s'effectue à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.

7.2. Dans le cas où la personne n'est plus bénéficiaire du RSA ni d'aucune autre prestation, la CAF transmet au Président du Conseil départemental, à l'issue d'un délai de 3 mois sans recouvrement, l'état des créances RSA à recouvrer, sauf si un échéancier de remboursement est en cours et respecté.

La liste des indus doit faire apparaître :

- L'identité de l'allocataire (nom, prénom, date de naissance, n° d'allocataire, adresse...);
- L'objet de la prestation (RSA / RSA majoré) ;
- La date d'implantation ;
- La période de l'indu ;
- Le montant initial de l'indu et le solde restant à recouvrer ;
- Le motif détaillé du caractère indu du paiement.

7.3. Pour les indus faisant l'objet d'une qualification de fraude avec dépôt d'une plainte par le Président du Conseil départemental, la CAF transfère dans le mois la créance détaillée sur la période retenue par le Conseil départemental, accompagnée de la notification envoyée à l'allocataire et des déclarations trimestrielles de ressource initialement transmises par l'allocataire.

7.4. Les indus de RSA intégrés dans un plan de surendettement seront traités de la façon suivante :

- Indus non frauduleux : la décision Banque de France est appliquée par la CAF ;
- Indus frauduleux : la CAF transmet la copie du plan de surendettement au Pôle RSA-LCE. Si le Conseil départemental décide de contester le plan de surendettement, la CAF procédera à la cession de la créance concernée par la contestation.

## **Article 8 : Les outils informatiques**

Le système d'information relatif au traitement des prestations légales est mis en œuvre de manière homogène sur l'ensemble de son réseau par la CNAF, qui en a la responsabilité exclusive. Toute demande d'évolution doit être soumise à la CNAF selon les procédures en vigueur.

Le calcul et le paiement du RSA sont assurés par la CAF au moyen de son système d'information national.

## Article 9 : Le coût de gestion du RSA

L'instruction et le versement du RSA, conformément au socle de base défini à l'article 1<sup>er</sup>, est assuré pour le compte du Département à titre gracieux par la CAF. Le coût est défini nationalement par l'observatoire national des charges.

## Article 10 : Dispositions comptables et financières

### 10.1 : Traitement comptable

#### 10.1.1 : Demande d'acompte mensuel

La CAF transmet chaque mois, conformément aux articles **L. 262-25 II et D. 262-61** du CASF, une demande d'acompte au département, qui récapitule l'ensemble des opérations constatées le mois précédent sur les droits au RSA socle, socle majoré, local (si applicable) des allocataires.

Conformément à l'article **L. 262-25-II** du CASF, cette demande ventile les opérations par nature de prestation et par type d'opérations comptables. Parallèlement à ce document papier de synthèse, un flux financier dématérialisé (Xml) est adressé au département. Il justifie chacune des opérations nominativement, bénéficiaires par bénéficiaires.

#### 10.1.2 : Régularisation annuelle

Au mois de décembre de chaque année, il est procédé à une régularisation annuelle qui consiste à traiter l'écart qui peut exister entre :

- la somme des douze acomptes mensuels issus de l'applicatif de gestion Cristal appelés auprès du département de janvier à décembre N ;
- et les opérations constatées dans l'applicatif comptable Magic sur la période de décembre N-1 à novembre N.

Cette régularisation fait l'objet d'une facture, adressée par la CAF au département au mois de décembre de chaque année.

### 10.2 : Traitement financier

Le principe d'une stricte neutralité financière des flux financiers est réaffirmé. Les flux financiers prévus au présent article sont financièrement neutres pour la CAF, conformément au 4° du I. de l'article **L. 262-25** du CASF.



### 10.2.1 : Remboursement de la demande d'acompte par le département

La demande d'acompte mensuelle du mois M doit être réglée par le département à la CAF par virement à la date précisée sur la facture mensuelle.

#### 10.2.2.1 : Intérêts financiers

Les intérêts financiers sont calculés une fois l'an, par application du taux Acoss connu en N+1 aux soldes de trésorerie quotidiens hors retard de l'année N.

Il s'agit du taux défini par l'article **R 255-6** du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit la fixation annuelle d'un taux unique de calcul des intérêts appliqué au solde de trésorerie du compte courant de chaque caisse nationale tenu par l'Acoss.

Ce taux annuel est fixé par arrêté en février/mars N+1 et la CNAF en informera les CAF quand elle en aura connaissance.

En cas d'intérêts négatifs, comme il n'y a pas de coût financier supporté par la branche, il n'y a pas lieu d'établir une facture au Conseil départemental.

Dans le fichier de suivi, les intérêts financiers sont calculés pour chaque jour à compter de la date de signature de la convention avec un récapitulatif mensuel et un total annuel.

La première facturation au Conseil départemental interviendra en début d'année N+1, ils sont calculés comme suit :

**(Montant écart de trésorerie quotidien) X (taux annuel EONIA connu, taux Acoss) / 365jours**

#### 10.2.2.2 : Intérêts de retard

Tout retard dans le versement des acomptes donnera lieu au versement au moins une fois par an, de pénalités de retard calculées comme suit :

**(Montant qui aurait dû être versé au titre du mois M) X (moyenne mensuelle du dernier taux EONIA connu majoré de 1%) X (nombre de jours de retards / 360 jours)**

### 10.2.3 : Ajustement de trésorerie

Il existe un décalage d'un mois entre les décaissements opérés par la CAF pour payer les allocataires (5 du mois M) et les remboursements reçus du département (5 du mois M+1).

En application du principe de neutralité financière posé dans l'article **L. 262.25-I- 4°** du CASF, le dispositif RSA ne doit pas peser sur la trésorerie de la CAF. En conséquence, il a donc été demandé une avance de trésorerie lors de la mise en place du RSA (**2 836 391,13 €**). L'avance de trésorerie d'un mois de dépense demandée au département lors de la convention initiale fait l'objet d'intérêts financiers (article **10.2.2.1**) pour tenir compte de l'évolution des dépenses de

RSA. Pour un mois donné, l'écart de trésorerie est déterminé par la différence entre le dernier décaissement connu en CAF et le montant de l'avance disponible ce même mois.

## **Article 11 : La concertation régulière entre les parties et le suivi de la convention**

11.1 Les conditions d'application de la présente convention font l'objet de rencontres régulières entre le Département et la CAF.

Ainsi :

- Un Comité de suivi technique est créé entre le Département, la CAF afin de suivre la bonne mise en œuvre de la convention et ses évolutions éventuelles ;
- Il est organisé, une fois par an, une réunion de présentation et d'information sur le contenu de la présente convention à laquelle assistent tous les responsables de groupe CAF et les services départementaux ;
- Des rencontres régulières sont organisées, selon une périodicité à définir en fonction des besoins des parties, entre le Conseil départemental et la CAF. A celles-ci pourront être associés les différents services concernés du Conseil départemental et de la CAF.

11.2 Toute demande de prestation ou de service supplémentaire, après examen et accord conjoint, fait l'objet d'un avenant à la convention et peut donner lieu à rémunération dont le montant est décidé par les parties.

## **Article 12 : Le contenu, la durée et la date d'effet de la convention**

La présente convention prend effet à compter de sa signature par les deux parties pour une durée de trois ans.

La convention et les avenants se renouvellent par tacite reconduction par périodes successives de trois ans.

## **Article 13 : La révision de la convention et de son annexe**

La présente convention peut être adaptée ou modifiée par avenants, en cours de période, à la demande de l'une ou l'autre des parties, notamment pour tenir compte des éléments extérieurs qui mettent en cause substantiellement ou durablement son équilibre.

#### **Article 14 : Modalités de résiliation**

Les parties conviennent de rechercher une solution amiable à tout différent qui pourrait survenir dans le cadre de la présente convention.

La présente convention peut être résiliée par l'une ou l'autre partie, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée un an avant l'échéance de la période contractuelle en cours.

Fait à Périgueux en deux exemplaires originaux, le

Pour la CAF de la Dordogne,  
le Président,

Pour la CAF de la Dordogne,  
le Directeur,

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

**Alain THIBAL-MAZIAT**

**Michel BEYLOT**

**Germinal PEIRO**

## Annexe 1 à la Convention de gestion RSA entre la CAF et le Conseil départemental :

### *Liste des documents nécessaires à l'étude d'une demande de RSA ou à son renouvellement\**

- Les étudiants – stagiaires : « le complément d'informations pour les étudiants stagiaires » ;
- Les ressortissants de l'Union Européenne, d'un autre Etat partie à l'Espace Economique Européen ou de la Confédération Suisse : « le complément d'informations pour les ressortissants des pays de l'EEE ou suisses » ;
- Les créances alimentaires entre ex-époux et les demandes de dispenses: « le complément d'informations pour les créances alimentaires entre ex-époux » ;
- L'obligation alimentaire : « le complément d'informations pour les créances alimentaires vis-à-vis des ascendants » ;
- Les travailleurs indépendants et les artistes : « le complément d'informations pour le travailleur indépendant » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les travailleurs non-salariés agricoles ou cotisants solidaires : « le complément d'informations pour le non-salarié agricole » accompagné de la copie dans son intégralité du dernier avis d'impôts sur le revenu et, pour les personnes au régime fiscal du réel de la copie du dernier compte de résultat détaillé ;
- Les démissions : « le complément d'informations pour les démissions ».

---

\* Cette liste est susceptible d'être modifiée au regard des évolutions législatives.